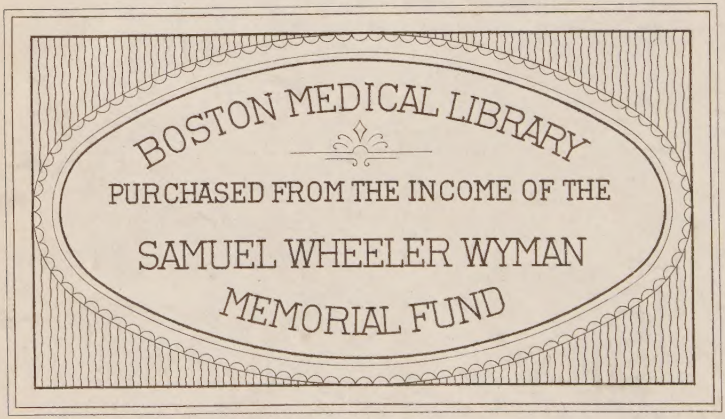
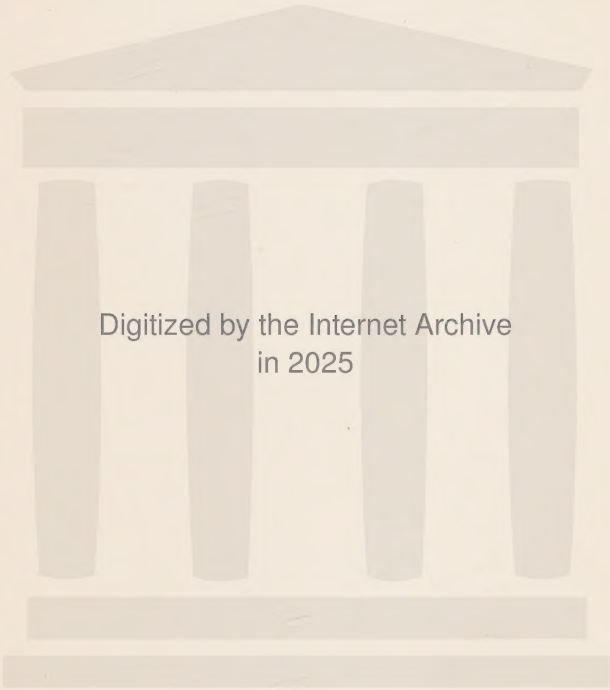
12.N.513.


BOSTON MEDICAL LIBRARY
PURCHASED FROM THE INCOME OF THE
SAMUEL WHEELER WYMAN
MEMORIAL FUND


Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/letraitementdela0000hgou

LE TRAITEMENT

DE LA SYPHILIS

EN CLIENTÈLE

« L'INDISPENSABLE EN SYPHILIGRAPHIE »

COMMENT GUÉRIR?

BIBLIOTHÈQUE DES PRATICIENS

Parus dans cette bibliothèque :

HUCHARD et FIESSINGER, **La Thérapeutique en vingt médicaments.**
La Thérapeutique en clientèle, 3e édition 1913. . . . . 4 fr. »
Relié. . . . . 5 fr. 50

FIESSINGER, **Vingt régimes alimentaires en clientèle,** 1913. . . . . 4 fr. »
Relié. . . . . 5 fr. 50

FIESSINGER, **Le Traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle,** 1914 . . . . . 4 fr. »
Relié. . . . . 5 fr. 50

Pour paraître prochainement :

GOUGEROT, **La Dermatologie en clientèle.**
LAURENS, **La Gynécologie en clientèle.**
BOURGEOIS, **L'Oto-Rhino-Laryngologie en clientèle.**
LE FUR, **L'Urologie en clientèle.**
GANDY, **Le traitement de la tuberculose en clientèle.**
SAINTON, **Le traitement des maladies nerveuses en clientèle.**
VIRES, **Le traitement des maladies de l'estomac en clientèle.**
RAUZIER, **Le traitement des maladies au poumon et de la plèvre en clientèle.**
PRIVAT, **L'Orthopédie en clientèle.**

COMMENT GUÉRIR ?

BIBLIOTHÈQUE DES PRATICIENS

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DU Dr CH. FIESSINGER

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS EN CLIENTÈLE

15410

« L'INDISPENSABLE EN SYPHILIGRAPHIE »

PAR

H. GOUGEROT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

73 figures en noir en 40 planches.
17 figures en couleurs en 12 planches hors texte.

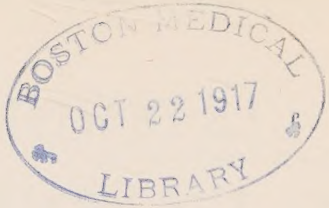
PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1914

Col. Wat.



14080 Hy. 2.00

Tous droits de reproduction, adaptation et traduction réservés
pour tous Pays y compris l'Autriche-Hongrie
la Suède et la Norvège.
Copyright by A. Maloine, 1914.

PRÉFACE

Ce petit livre est la réunion et la substance des Conférences élémentaires de Syphiligraphie et Vénéréologie que je fais, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi matin, dans la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté (Professeur E. Gaucher), conférences que j'appelerais l'*Indispensable en syphiligraphie*, s'il me fallait leur donner un titre.

Aucune branche de la médecine n'est plus immédiatement utile au praticien et ne soulève autant de problèmes difficiles de diagnostic, de thérapeutique, de pronostic et de déontologie que la syphilis. Malheureusement beaucoup de médecins se plaignent d'être forcés de chercher dans de gros traités trop riches en données théoriques, dans des manuels didactiques trop pauvres en indications thérapeutiques, dans des livres thérapeutiques encombrés de méthodes trop nombreuses, dans des publications trop éparpillées, ce qui est indispensable à leur pratique de chaque jour. Il faut ajouter que ces dernières années ont vu naître des découvertes reten-

tissantes qui ont rénové la syphiligraphie (découverte du tréponème, séroréaction de Wassermann) et des découvertes thérapeutiques qui ont jeté l'incertitude dans beaucoup d'esprits : une mise au point s'imposait donc, qui se gardât des enthousiasmes décevants.

Aussi ai-je accepté avec reconnaissance et avec ardeur l'offre du professeur Gaucher d'assumer la tâche difficile de l'enseignement élémentaire ; j'ai essayé de répondre aux vœux des étudiants et médecins qui m'entouraient : retenir et résumer tout ce qui était utile en pratique, supprimer tout ce qui n'était pas indispensable : anatomie et histologie pathologiques, étiologie et statistiques, etc.

C'est pour répondre à ce but que l'ordre et les matières de ce livre diffèrent si profondément de ceux des traités classiques et que les questions de pratique courante ont été particulièrement développées : *secret professionnel* ; *manière de révéler le diagnostic de syphilis* ; *conduite à tenir en présence des syphilitiques mariés* ; *des enfants, des domestiques syphilitiques, etc.* ; *instructions générales thérapeutiques et hygiéniques à donner aux syphilitiques* ; *conduite à tenir dans les cas de chancres douteux...* ; *surveillance et traitement des syphilis latentes* ; *diagnostic de début et prophylaxie des syphilis nerveuses* ; *prédispositions des syphilitiques au cancer et pro-*

phylaxie des cancers de la langue, de l'utérus, etc., traitement préventif de l'hérédo-syphilis ; syphilis et mariage : condition du mariage des syphilitiques et conduite du médecin, code sanitaire du syphilitique marié, traitement de la grossesse, surveillance de la mère et de l'enfant, allaitement du nourrisson, etc... ; examens et certificats des nourrices et nourrissons ; conduite du médecin lorsque la syphilis est cause de séparation de corps ou de divorce ; responsabilité civile et pénale en matière de transmission de la syphilis ; diagnostic des syphilis latentes, méconnues latentes ou niées ; nécessité d'une surveillance périodique pendant toute la vie, etc...

Toutes les questions de pratique ont été, on le voit, envisagées, sinon développées. L'auteur n'a pas la prétention d'avoir « inventé » ; mais il a réuni des documents épars, synthétisé des opinions souvent discordantes, en un mot, résumé tout ce qu'il est indispensable de connaître de la syphilis en médecine pratique et c'est par-là qu'il croit avoir fait œuvre nouvelle ; il recevra avec reconnaissance les observations nouvelles de ses lecteurs, et il serait heureux si ce livre pouvait guider le praticien au milieu des difficultés cliniques de chaque jour.

H. Gougerot.

Paris, 2 février 1914.

LE TRAITEMENT

DE LA

SYPHILIS EN CLIENTÈLE

CHAPITRE PREMIER

LA SYPHILIS

DÉFINITION — SON POLYMORPHISME ET SON ÉVOLUTION — SES RÉCIDIVES LOINTAINES

La syphilis est la toxi-infection due au tréponème pâle de Schaudinn-Hoffmann, infection acquise par contagion ou transmise héréditairement, pouvant atteindre tous les tissus et évoluer pendant des années par poussées, tantôt semblant guérie, mais sujette à des récidives, tantôt aboutissant, lorsqu'elle n'est pas traitée, à des lésions graves, mortelles.

1. Syphilis primaire, le chancre et son bubon. — La syphilis commence au point d'inoculation par une lésion appelée *chancre induré*[1] qui n'apparaît que 15 à 50 jours,

1. L'existence de syphilis sans chancre, c'est-à-dire d'inoculation sans lésion au point d'inoculation, est encore discutée

en moyenne 20 à 30 jours, après la contagion (*1re incubation*); le chancre s'accompagne au bout de 4 à 10 jours d'une *adénopathie régionale* froide et indolente (bubon syphilitique). (Chap. VII, p. 138).

La contagion est le plus souvent génitale (*syphilis méritées*) et il n'y a pas lieu d'insister sur la fréquence des causes de contagions génitales dues aux 6 000 « prostituées inscrites », aux 18000 prostituées insoumises non surveillées de Paris, aux femmes syphilitiques, mariées ou non, qui sans être des « professionnelles » disséminent la contagion, aux hommes syphilitiques malhonnêtes qui infectent des femmes saines. Chacun de ces syphilitiques peut, dans la famille, au restaurant, au café, chez le coiffeur, à l'atelier, devenir une source de contagion de *syphilis imméritées*; un verre, une fourchette, un crayon, un objet de toilette, une pipe, des jouets, etc., peuvent être le vecteur du germe, et il faut que la syphilis soit relativement peu contagieuse pour que le nombre des infections ne soit pas plus grand!

En raison de ces modes multiples de contagion, le chancre peut siéger dans tous les points du revêtement cutanéo-muqueux; il peut revêtir des formes multiples, simuler les affections les plus diverses : des chancres n'ont-ils pas été opérés comme cancer! Il peut être l'occasion de complications bénignes (phimosis) ou graves : phagé-

(synonymie, syphilis décapitée, syphilis d'emblée). Pour Fournier, si on ne trouve pas le chancre, c'est qu'il est profondément caché dans un repli vulvo-vaginal, au col utérin, dans l'urètre, dans la bouche, le nez, etc., *chancre inaccessible*; c'est qu'il a été passager : *chancre nain fugace*, ou confondu avec une écorchure banale traumatique, une angine, une gonorrhée. Théoriquement, l'existence d'une syphilis sans chancre est possible, mais la démonstration n'en est pas faite.

dénisme destructeur, hémorragies et même infection générale entraînant parfois la mort.

Le chancre et son bubon représentent l'effort de l'organisme pour localiser l'infection. L'infection reste localisée quelques jours et un traitement énergique peut espérer éteindre l'infection dès son premier foyer; mais trop souvent, en raison d'un traitement insuffisant, les tréponèmes remontent progressivement le long des lymphatiques, vers le confluent veineux; ils envahissent les vaisseaux sanguins, bientôt ils se déversent nombreux dans la circulation sanguine et se disséminent partout.

Cet envahissement, qui demande de 20 à 45 jours (2e *incubation*), survient donc 40 à 70 jours environ après la contamination, il marque la fin de la *période primaire* et le début de la *période secondaire*[1].

II. Syphilis secondaire. *L'explosion secondaire.* — Cette généralisation septicémique se traduit habituellement par une éruption de macules rosées sur la peau (*roséole*) et de taches opalines sur les muqueuses (*plaques muqueuses*), par une tuméfaction de tous les ganglions (*polyadénopathie*), par de la céphalée et de l'alopécie en clairière.

1. Souvent, grâce au traitement, la généralisation est retardée. Tantôt la syphilis retardée est complète (roséole, plaques, etc.), la roséole ne survient que 4, 5, 6 mois après le chancre; tantôt et plus souvent, elle est incomplète, se réduisant à quelques plaques, ou papules, etc.; tantôt enfin aucun accident ne survient et tout se borne à un Wassermann positif apparu tardivement. Ces faits, sur lesquels j'ai insisté (*Journal des Praticiens*, 912, n° 21 et *Paris Médical*, 13 décembre 1913) ont une grande importance pratique, ils ne doivent pas faire crier victoire, la guérison de la syphilis est trompeuse et plusieurs cas de « réinfection » ne sont que des syphilis retardées.

Ces manifestations éclatent souvent si brusquement qu'on leur a donné le nom d'*explosion secondaire*. (Chap. VIII, p. 168.) Elles restent presque toujours superficielles, bénignes, ne retentissant que peu sur l'état général.

Mais il n'en est pas toujours ainsi ; d'autres fois les phénomènes de généralisation sont minimes, avortés, si fugaces, si insignifiants qu'ils passent souvent inaperçus (*syphilis secondaires bénignes*).

D'autres fois, au contraire, l'explosion secondaire s'accompagne d'éruptions intenses : syphilides cutanées papuleuses, papulo-tuberculeuses, papulo-pustuleuses, nigricantes, plaques muqueuses hypertrophiques confluentes, qui remplacent la roséole, etc. Les symptômes généraux prennent une intensité inaccoutumée : forme anémique, cachectisante ; forme neurasthénique ; forme fébrile, typhoïde parfois mortelle. (*Syphilis secondaires graves*.)

Ces syphilis graves peuvent réveiller des affections antérieures (névroses) ou prédisposer à l'éclosion de troubles morbides (tuberculose). « La vérole, disait Ricord, est un branle-bas dans l'économie, branle-bas susceptible d'exciter tous les vices organiques, d'éveiller toutes les diathèses en puissance ; aussi devient-elle souvent le point de départ de phénomènes qui, comme nature, lui sont complètement étrangers. »

Syphilis secondaires récidivantes. — Un traitement énergique peut enrayer (je ne dis pas guérir) l'infection et la rendre latente pour plusieurs mois, plusieurs années, souvent pour toujours.

Mais souvent des récidives se produisent (*récidives de syphilis secondaire*). Ce sont d'ordinaire des lésions

cutanées et muqueuses revêtant des types divers et presque toujours bénignes (Chap. IX, p. 183); mais ce peuvent être des lésions graves : iritis allant jusqu'à la choroïdite et l'ophtalmie sympathique, onyxis, laryngites allant jusqu'à l'œdème de la glotte, surdité foudroyante, etc. Déjà les tissus profonds peuvent être atteints : ostéalgie, ostéite, arthrites, myalgies, ténosites, épididymite secondaire. Les viscères peuvent être lésés, et ils le sont souvent précocement, parfois même avant que le chancre n'ait disparu : néphrites, ictères bénins et ictères graves, hémiplégies, myélites, méningites, pleurésies, anémies, etc. (voir chap. XIV, p. 253), ces lésions sont trop souvent mortelles.

Des récidives se produisent ainsi durant les premiers mois, les deux, trois premières années, plus ou moins généralisées, plus ou moins graves et tenaces, suivant l'intensité du traitement et la virulence du tréponème. Dans la plupart des cas, le syphilitique longuement traité et périodiquement surveillé, ne présente, après l'explosion secondaire, que des accidents bénins, plaques muqueuses, papules cutanées dans la première année; les accidents s'atténuent et disparaissent dans les années suivantes.

Cette période, dite *secondaire*, caractérisée par les accidents cutanés habituellement multiples et disséminés, superficiels et bénins qui suivent le chancre, dure un, deux, trois, quatre ans, sa durée variant suivant les malades. C'est la période la moins grave par les complications viscérales[1], mais la plus dangereuse par les chances de contagion qu'offrent les plaques muqueuses génitales et buccales, car cette contagiosité peut

1. Pourtant la mort a pu être provoquée par néphrite, hémiplégie, myélite, ictère grave, œdème de la glotte, périchondrite laryngée, typhose, etc.

apparaître du jour au lendemain. C'est encore la période la plus funeste par la fréquence de la transmission de la syphilis au fœtus : l'infection la plus silencieuse peut déterminer l'avortement ou donner un rejeton dystrophique.

Syphilis secondaire latente. — La syphilis secondaire fait place à une période de syphilis latente qui peut être courte ou longue, et même indéfinie (v. chap. x, p. 207). Mais, si le traitement a été insuffisant, la syphilis récidive : le malade entre dans la *période tertiaire*. (Chap. xi, p. 217).

III. Syphilis tertiaire. — Les lésions tertiaires apparaissent 2, 3, 4,... 10, 20, voire même 67 ans après le chancre : elles resteront isolées ou récidiveront.

Cette *période tertiaire* est caractérisée par les gommes, par les infiltrations gommeuses et scléro-gommeuses, par les scléroses (accidents graves destructeurs) (v. chap. xi, p. 217) ; le plus souvent, ces lésions tertiaires sont localisése à une région du tégument cutané ou des muqueuses (voile du palais), au névraxe, mais elles peuvent atteindre tous les tissus, tous les viscères (v. chap. xiv, p. 252).

Les accidents surviennent, isolés ou groupés ; ils guérissent et l'infection entre à nouveau en période latente, ou bien ils récidivent, parfois sous la même forme, dans la même région, plus souvent en un autre point ; ils peuvent prendre les formes les plus inattendues, les plus éloignées de la gomme : érythème cutané tertiaire, accident chancriforme et roséole de retour faisant croire à une réinfection syphilitique, etc.

Ces récidives de syphilis tertiaire sont-elles dues à un traitement insuffisant ou à une modalité de l'infection ?

Certes le plus souvent l'apparition des premiers accidents tertiaires et des récidives est due à un traitement trop court, et cette constatation est consolante; mais d'autres fois ces accidents persistent tenaces ou guérissent avec peine et récidivent malgré le traitement; on les a même vus apparaître en pleine cure. Tantôt ils emportent le malade par une ou plusieurs localisations viscérales, tantôt ils finissent par guérir, laissant parfois des dégâts irréparables.

La syphilis entre alors dans une nouvelle période latente (*syphilis latentes anciennes*), mais toujours le syphilitique reste sous la menace d'une récidive. (V. chap. XVI, p. 329).

IV. Parasyphilis (*syphilis quaternaires*). — Les accidents tertiaires, qui régressent et guérissent par les traitements spécifiques, ne constituent pas les plus redoutables des lésions que créent le tréponème et ses toxines. La syphilis peut donner naissance à des lésions qui, bien que d'origine syphilitique, évoluent ensuite pour leur propre compte et n'obéissent plus aux traitements antisyphilitiques, d'où leur nom de *parasyphilis*, mot commode, que l'on peut critiquer, mais universellement employé et compris de tous. Ces accidents parasyphilitiques encore appelés *quaternaires* sont tantôt nerveux : tabes, paralysies générales; tantôt muqueux : leucoplasie, graine de cancer; tantôt artériels : artériosclérose, etc.; tantôt viscéraux : sclérose et polysclérose viscérales, etc. Leur résistance au traitement, sauf à leur extrême début, explique leur incurabilité et, partant, leur extrême gravité.

C'est de la sixième à la douzième année que la paraly-

sie générale menace le plus le syphilitique, c'est entre la cinquième et la dixième année que le tabes est le plus fréquent ; c'est plus tard que le cancer guette le syphilitique.

On voit toute la gravité de la syphilis non surveillée au delà de la période secondaire, puisque les accidents tertiaires et quaternaires peuvent surprendre le syphilitique 5, 10, 20, 30 ans après le chancre, rendre l'existence misérable et entraîner la mort.

Syphilis d'évolution atypique. — Mais cette division classique et commode en syphilis primaire, secondaire, tertiaire, quaternaire, n'est pas sans exception[1] : des malades, au lieu d'avoir un chancre localement bénin puis une roséole, ont un chancre grave, destructeur, qui parfois ne s'accompagne pas d'explosion secondaire, mais plus tard est suivi d'autres accidents (*syphilis primaire maligne*, v. p. 336).

D'autres malades, après avoir présenté un chancre bénin ou grave, ont, au lieu d'une roséole maculeuse ou papuleuse bénigne, une éruption de lésions infiltrés, ulcéreuses, croûteuses, destructrices, disséminées (*syphilis maligne précoce généralisée*) ; les lésions sont disséminées et multiples comme dans la syphilis secondaire ; elles sont graves, ulcéreuses, destructrices comme dans la période tertiaire. (V. p. 338).

D'autres malades, 6, 7, 12 mois après un chancre souvent insignifiant, après une explosion secondaire bénigne parfois si fugace ou si atténuée qu'elle a passé inaperçue,

1. La division en périodes secondaire et tertiaire est évidemment délicate à préciser. On devrait parler non pas de périodes mais d'accidents de type secondaire, accidents de type tertiaire. Ce qui caractérise la période du début de la syphilis, c'est la dissémination des lésions, ce qui caractérise les périodes tardives, c'est la tendance à la localisation régionale. (Gaucher.)

présentent une lésion extrêmement grave localement : par exemple une syphilis mutilante du nez, des fosses nasales, du voile du palais (*syphilis maligne secondaire localisée* v. p. 339) et, ce qui semble paradoxal, la syphilis, après cette poussée maligne, redevient souvent bénigne et latente. Ces malades font en période secondaire ce que d'autres malades ne présentent qu'en période tertiaire. Dans tous ces cas, les accidents graves du type tertiaire apparaissent dès les premiers mois de la syphilis, c'est-à-dire en période secondaire.

Inversement, en période tertiaire, au delà même de la vingtième année, peuvent réapparaître des accidents du type secondaire : roséole de retour, plaques muqueuses tardives, etc., qui ont le même pouvoir infectant que dans les premiers mois de l'infection et présentent le même danger de contagion.

Ce sont ces récidives imprévues, ces brusques retours d'accidents graves ou d'accidents légers, mais contagieux, de longues années après la guérison apparente[1] *et même après les traitements les plus prolongés, qui constituent le danger lointain de la syphilis. C'est cette notion capitale que l'on doit retenir de l'étude évolutive de la syphilis, afin de s'en persuader et d'en prévenir le malade, afin d'instituer un traitement prolongé dans les premières années, puis une surveillance périodique, même lorsque l'infection*

1. La syphilis guérit-elle complètement? C'est là une question discutée. Les récidives imprévues des accidents prouvent que l'on ne peut jamais rien affirmer. La syphilis peut-elle être contractée une deuxième fois, preuve que la première guérit? Cette question est non moins discutée : Ricord, Fournier, Gaucher affirment n'avoir jamais vu de cas authentiques de réinfection syphilitique.

reste latente clinique, même lorsque les séro-réactions de Wassermann répétées restent négatives.

En un mot, il est impossible de prévoir le pronostic lointain d'une syphilis par la bénignité ou la gravité du chancre et des accidents secondaires. Trop souvent des syphilis tertiaires graves, des parasyphilis incurables, tabes ou paralysies générales, ont succédé à des syphilis bénignes, parfois à des syphilis même si atténuées qu'elles ont été méconnues. Il faut donc traiter et surveiller tous les syphilitiques.

CHAPITRE II

IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC DE SYPHILIS

FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS GRAVITÉ DU PRONOSTIC DES SYPHILIS NON TRAITÉES CONSÉQUENCES INDIVIDUELLES FAMILIALES ET SOCIALES HEUREUX EFFETS DU TRAITEMENT SURVEILLÉ

Par sa fréquence extrême, par la gravité de son pronostic, la syphilis doit être connue de tous les praticiens, dans toutes ses localisations.

Est-il besoin, pour montrer l'importance de la syphilis, de rappeler sa fréquence?

La syphilis atteint tous les pays, tous les milieux, tous les âges. *L'invraisemblable est vrai en matière de syphilis* : les contagions accidentelles, l'hérédo-syphilis, les récidives tardives expliquent que l'on puisse rencontrer la syphilis là où on s'y attendrait le moins. On commence seulement à croire les Hardy, les Fournier, les Landouzy, les Gaucher qui depuis des années enseignent que la syphilis est extraordinairement fréquente. Il ne faut

pas juger par les hôpitaux de vénériens, mais par les services de médecine générale : chez des malades entrés pour des affections non cutanées, il est bien rare de ne pas trouver un syphilitique sur six ; sur 100 adultes Fournier compte 13 à 16 p. 100 de syphilitiques ! Et il faut se souvenir du nombre des syphilis méconnues ou ignorées : Fournier donne 3 p. 100 de syphilis ignorées chez l'homme, 18 p. 100 chez la femme : la syphilis a été méconnue parce que le chancre a été un bouton insignifiant, la roséole fugace a échappé ou a été attribuée à une intoxication alimentaire, les plaques muqueuses ont été prises pour « une angine ou de l'herpès ». La syphilis a été ignorée parce que le chancre était nain, ou caché au vagin, l'urèthre, ou l'amygdale, etc.

— Est-il besoin d'insister sur le polymorphisme des lésions syphilitiques. *La syphilis peut léser tous les tissus* : par la multiplicité de ses localisations, elle n'intéresse pas seulement la dermatologie, mais encore la médecine et la chirurgie générales, les spécialités, neurologie et psychiatrie, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie, sans oublier la pédiâtrie. La syphilis, ont pu dire Landouzy, Gaucher, etc., constitue le tiers de la pathologie humaine.

En un mot, *on doit penser à la syphilis partout et toujours.*

— Est-il besoin de rappeler la gravité de son pronostic lorsqu'elle est abandonnée à elle-même et même dans des cas encore trop nombreux, lorsqu'elle est mal traitée ?

Elle n'est pas grave seulement, en effet, par les destructions locales que ses ulcérations cutanées, muqueuses, osseuses peuvent produire, mais plus encore par les lésions viscérales qui évoluent insidieusement : aortite

qui tue par angine ou par anévrysme, artérite cérébrale qui frappe d'hémiplégie, myélite qui paralyse, infiltration pulmonaire qui mène à la phtisie, rétrécissement de la trachée et des bronches qui asphyxie, rétrécissement du rectum qui aboutit à l'occlusion intestinale, néphrite qui tue par urémie, cirrhose du foie, ictère grave, etc., etc. Encore ces lésions sont-elles souvent curables si on les diagnostique à leur début, mais que dire du tabes, de la paralysie générale qui pratiquement, sauf à leur extrême début, restent incurables!

Et la syphilis ne crée pas seulement les lésions qu'on a l'habitude de reconnaître syphilitiques ou parasyphilitiques ; on s'aperçoit de plus en plus que la syphilis est un des facteurs les plus importants des affections dont l'étiologie échappait ou se disséminait en causes multiples et complexes : artério-sclérose et athérome, scléroses viscérales, néphrite, myocardite, sclérose en plaques, maladie de Raynaud, etc.; or ce sont ces lésions qui passé la cinquantaine constituent les causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité. On s'aperçoit que le terrain syphilitique est particulièrement prédisposé au cancer, surtout parce que la syphilis produit des lésions précancéreuses et il est de plus en plus démontré que le cancer de la langue est la conséquence lointaine de lésions leucoplasiques syphilitiques.

Enfin la syphilis ne frappe pas que l'individu, elle se transmet au conjoint, aux enfants et quel médecin n'a vu la syphilis amener des désastres dans des familles. La syphilis est donc un péril individuel, familial, social.

Ce qui rend le pronostic plus terrible encore, c'est sa durée indéfinie, son évolution traîtresse, ses récidives

imprévues, souvent graves, après des périodes de latence, qui faisaient croire à la guérison!

Heureusement un diagnostic précoce permettant une médication précoce, un traitement prolongé, une surveillance de mieux en mieux outillée enrayent la syphilis dès son début, arrêtent les récidives, les atténuent, les préviennent, les suppriment, nous donnant l'espoir sinon d'un guérison complète, qu'on ne peut jamais promettre, au moins d'une latence prolongée exempte d'accidents graves.

Heureusement des accidents graves qui semblaient désespérés (aortite, hémiplégie), guérissent par le traitement.

On doit donc toujours penser au diagnostic de syphilis et tenter un traitement d'épreuve dans les cas douteux; on doit toujours dans les syphilis avérées, traiter longuement et surveiller les malades.

En résumé, *c'est en opposant la gravité individuelle, familiale et sociale de la syphilis non traitée ou mal traitée, à la bénignité habituelle de la syphilis bien traitée et surveillée*, que l'on comprend tout l'intérêt de savoir *reconnaître dès leur apparition et traiter les accidents syphilitiques*, que l'on se persuade de la *nécessité d'un traitement prolongé et d'une surveillance périodique de tout syphilitique*, **même lorsqu'il paraît guéri depuis de longues années**.

Tout ce qui n'a pas une application pratique : anatomie pathologique, étiologie, pathogénie, a été systématiquement éliminé; au contraire, tous les problèmes de pratique y ont été envisagés, sinon développés : secret professionnel, syphilis et mariage, certificats, diagnostic

de la syphilis latente, syphilis et divorce, responsabilité civile en matière de transmission de la syphilis, etc...

L'auteur serait heureux s'il pouvait guider le praticien au milieu des difficultés cliniques de chaque jour, il accueillera avec reconnaissance les observations nouvelles de ses lecteurs.

CHAPITRE III

RÉVÉLATION DU DIAGNOSTIC DE SYPHILIS

I. — Syphilis et secret professionnel, p. 17.
II. — Prudence dans l'affirmation du diagnostic de syphilis, p. 21.
III. — Nécessité, sauf les exceptions de syphilis familiale, de révéler le diagnostic de syphilis au malade, p. 22.
IV. — Manière de révéler ce diagnostic, p. 23.
V. — Conduite à tenir en présence de syphilitiques mariés, p. 25.
VI. — Conduite à tenir en présence de jeunes gens syphilitiques, p. 32.
VII. — Syphilis des domestiques, p. 35.
VIII. — Syphilis des employés et des ouvriers, p. 36.
IX. — Syphilis et société de secours mutuels, p. 38.
Résumé : Règles générales. Les malades incrédules, p. 38.
X. — La syphilis et les médecins, p. 39.

Il faut donc toujours penser au diagnostic de syphilis et chercher à le vérifier par tous les procédés cliniques et bactériologiques. Mais dès qu'il soupçonne cette infection, le praticien doit se montrer très réservé, et, avant d'affirmer le diagnostic, il doit faire une enquête déguisée auprès de son malade (v. p. 25). En effet, il doit se rappeler : I. les devoirs du secret professionnel; — II. une grande prudence dans l'affirmation du diagnos-

tic de syphilis ; — III. la nécessité de révéler le diagnostic afin d'obtenir un traitement rationnel ; — IV. la difficulté de dévoiler le diagnostic et les circonstances spéciales que créent certaines circonstances sociales : syphilitiques mariés, etc. Que de difficultés pratiques soulèvent toutes ces questions !

I. Syphilis et secret professionnel. *Article 378 du Code pénal*[1]. Sauf les exceptions de syphilis familiale (v. 25 p.), le médecin ne doit divulguer le diagnostic qu'au malade lui-même.

En effet, la syphilis n'étant pas sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire, le médecin est lié par le secret professionnel[2] non seulement pour les aveux qui lui ont été confiés par le malade, mais pour tout ce qu'il sait du malade.

Autrement dit, la loi défend de révéler la syphilis d'une personne à une autre personne, même lorsqu'il s'agit de parents, de conjoints[3]. Le médecin est obligé de garder le

1. Au Danemark, dans l'État de New-York, par exemple, la déclaration de la syphilis est obligatoire, mais l'autorité sanitaire qui reçoit la déclaration est tenue au secret.

2. Les compagnies d'assurances n'ont pas à exiger un certificat à l'insu de leur client, par exemple le médecin refusera un certificat expliquant le décès à une compagnie d'assurances, même à la demande des héritiers.

3. Le secret est obligatoire dit l'article 378 « hors le cas où la loi oblige à se porter dénonciateur ». Quels sont ces cas? L'article 30 du code d'instruction criminelle dit : « Toute personne qui aura été témoin d'un attentat, soit contre la sûreté publique, contre la vie ou la propriété d'un individu, sera pareillement tenue d'en donner avis au procureur de la République... » Comment dans la pratique, cet article est-il appliqué? Le médecin doit-il dénoncer les faits délictueux de transmission de la

silence même pour dénoncer une action criminelle, même pour éviter une catastrophe familiale. Le médecin ne peut dévoiler la syphilis, par exemple lorsqu'il sait qu'un fiancé, qu'un mari va contagionner sa femme. Car le législateur appliquant la loi à la lettre a pu dire « nul n'est assez sûr de sa conscience, pour la mettre au-dessus de la loi ». (Lacombe, 1875.)

Le médecin doit faire respecter ce secret par tous ceux qui l'entourent, aides et infirmiers, étudiants à l'hôpital[1].[2].

La révélation d'un fait « déjà connu de quelques personnes » n'excuse pas le délit (jugement de la Cour de Besançon du 23 mai 1888).

Le médecin ne doit, ni en particulier, ni devant un tribunal, dévoiler ce qu'il a appris dans l'exercice de sa pro-

syphilis dont il a connaissance? Brouardel ne le conseille pas et croit que le médecin pourrait être poursuivi par le ministère public ou par le coupable dont il aurait dévoilé la faute. En effet le Code dit *témoin*, écrit Dalloz dans ses annotations du Code pénal, « l'obligation du secret professionnel reprendra son empire lorsque l'une des personnes (médecin etc.) désignée en l'article 378 en aura connaissance par l'effet d'une confidence *postérieure* à la perprétation du crime... Ainsi le médecin, qui, dans l'exercice de son art, constate, sur la personne du malade qui l'a appelé auprès de lui, les traces d'un crime, par exemple un avortement, n'est pas tenu de le dénoncer et, dès lors, demeure soumis à la loi du secret ». Comme bien l'on pense le médecin ne peut être témoin de la perprétation de la transmission syphilitique, et puisqu'il est tenu à la lettre de la loi, le secret médical existe toujours en matière de syphilis.

Une seule dérogation est permise, c'est lorsque le médecin commis comme expert est appelé à soigner les victimes d'un crime.

1. A l'hôpital « la pancarte » peut devenir un intermédiaire de dénonciation. Le mieux est de n'inscrire, ainsi que le fait M. Gaucher, qu'un diagnostic vague « Dermatose » pour tous les malades syphilitiques ou non.

2. Le directeur de l'hôpital et ses employés sont tenus d'observer le secret professionnel (Arrêt de la Cour de cassation, chambre criminelle, 14 mars 1895).

fession, même lorsque le malade ne lui a pas demandé le secret. Cité comme témoin devant un tribunal, *il doit se présenter*, mais *avant de prêter serment, il se déclarera lié par le secret professionnel*, et ne répondra à aucune question.

Lorsque le malade exigeant un certificat, force à dévoiler lui-même le secret médical, le médecin est autorisé à le faire, mais par écrit et en confiant cet écrit au malade qui l'a demandé. Toutefois on a vu des tribunaux ne pas faire état de témoignages médicaux suscités par l'une des parties ou par des tiers, parce qu'ils étaient en violation du secret médical.

Autorisé par le malade à rompre le secret professionnel, le médecin n'est pas tenu de le faire, car ce secret peut intéresser une autre personne qui serait lésée par la divulgation, et les tribunaux n'ont pas admis cette rupture du secret, même avec l'autorisation du malade. De même, le tribunal de Douai, par un arrêt du 28 janvier 1896, n'a pas autorisé à produire en justice les lettres d'un médecin à son malade, même avec l'assentiment de ce dernier. En tout cas, le médecin ne parlera que muni d'une autorisation écrite de l'intéressé.

Même pour se défendre d'accusations portées contre lui, le médecin ne peut violer le secret médical (affaire du docteur Watelet).

Le médecin, dans un bulletin de santé, dans un procès à propos d'intérêts[1], dans une note d'honoraires que des tiers peuvent lire[2], doit éviter de prononcer des mots violant le secret professionnel.

1. Un médecin, le docteur Habrand, a été condamné par arrêt du 14 avril 1864, pour avoir cité une maladie vénérienne dans un procès où il réclamait ses honoraires.

2. Un médecin peut réclamer au père d'un mineur sa note d'honoraires, mais il ne doit pas révéler la nature de la maladie (Bruxelles, 28 mars 1900).

En un mot **l'obligation du secret professionnel est absolue.**

Pourtant la syphilis est si dangereuse, dans le présent et dans l'avenir, pour l'individu, pour sa famille, pour sa descendance, pour la société, que certains ont pu souhaiter que tout syphilitique fût dénoncé afin que les personnes saines se garassent de lui comme elles se garent des pestiférés; mais, par un préjugé séculaire, la syphilis restera longtemps la « maladie secrète » qu'on n'avoue pas, celle dont le malade exige le secret médical, secret qu'on ne peut lui refuser.

Les intérêts du malade et de la société sont donc opposés. *Le médecin doit protéger et le malade et la société*; il doit garder le secret, et, d'autre part, il doit imposer des précautions prophylactiques, vis-à-vis de l'entourage, afin que le danger permanent représenté par tout syphilitique soit réduit au minimum.

Ces difficultés sont encore plus grandes quand la syphilis s'abat dans une famille, et que le coupable vient réclamer le secret vis-à-vis de ses victimes.

La syphilis soulève donc une série de problèmes difficiles que le praticien doit résoudre en s'appuyant sur la loi; lorsque celle-ci fait défaut, sur la tradition médicale, fruit de l'expérience de nos devanciers; enfin quand la tradition se tait, sur les inspirations de sa conscience.

Le médecin peut avoir sur ces chapitres de déontologie des idées personnelles différentes de celles admises par la loi et la tradition, il ne lui appartient pas de les appliquer, car, par une sorte de contrat social, la loi transmise ou imposée par la majorité, lie, dans la société moderne, toute individualité aux autres individualités.

***

II. Prudence dans l'affirmation du diagnostic de syphilis. — En raison de la fréquence et de l'importance pratique, pronostique et thérapeutique du diagnostic de syphilis, il est entendu que partout et toujours le médecin doit penser à cette infection et que dès que le diagnostic est posé, le traitement avoué ou dissimulé doit être institué. Mais combien le médecin doit être prudent et réfléchi dans cette affirmation. S'il laisse échapper une syphilis, quelle responsabilité n'encourra-t-il pas vis-à-vis de son malade et de la société (v. p. 12)? S'il « condamne à la syphilis » un non-syphilitique, quels dommages ne va-t-il pas provoquer? il va briser une situation, un mariage, laisser une menace constante pour l'avenir, etc. Aussi faut-il savoir douter, et, à moins d'un diagnostic évident, dès que l'on a la moindre hésitation, il faut recourir aux méthodes bactériologiques, suivre le malade, tenter le traitement d'épreuve en sachant toutefois discuter ce critérium [1]. Le médecin taira ses hésitations ou bien il expliquera au malade les raisons de ses doutes; il montrera l'importance d'une observation répétée, pour résoudre le problème; ils pécifiera qu'il ne fait le traitement que « sous bénéfice d'inventaire ».

1. Il faut se méfier de la preuve donnée par le traitement d'épreuve. Je vais le montrer par un exemple absurde : un non-syphilitique se casse la jambe, on le traite localement, mais en même temps on institue le traitement antisyphilitique, il guérit pendant que la cure mercurielle se poursuit. Va-t-on dire que cette fracture de jambe est syphilitique?

*
* *

III. Nécessité, sauf les exceptions de syphilis familiale, de révéler au malade le diagnostic de la syphilis. — Dès que le diagnostic est certain, ou dès qu'il faut, dans un diagnostic douteux, laisser percevoir des soupçons, le médecin doit s'informer si le ou la malade est marié.

Si le client (ou la cliente) est marié, il doit éviter d'éveiller tout soupçon, mener une enquête habile qui lui dictera sa conduite future (v. p. 25 : Les syphilitiques mariés).

Si le client (ou la cliente) est célibataire[1], le médecin a le devoir de dire la vérité au malade ; pour trois raisons au moins : 1° il s'agit d'une maladie qui doit être traitée énergiquement et longuement, pendant plusieurs années, même quand les accidents ne reparaissent plus, et on ne pourrait guère exiger cette patience du malade s'il ne savait la gravité d'un manquement au traitement ; 2° il s'agit d'une infection contagieuse et pour un entou-

1. Certes il faut se méfier que par ruse et pour obtenir la certitude de la faute de l'autre conjoint, le ou la malade raconte avoir contracté la syphilis en dehors du mariage. Mais est-il possible d'éviter cette manœuvre ? Nous ne pouvons pas refuser la révélation du diagnostic à un ou à une adulte qui le réclame.

Dans les cas douteux, il faut éviter d'éveiller des soupçons inutiles et surtout de donner une ordonnance explicite qui pourrait servir de moyen de chantage vis-à-vis d'un soi-disant contaminateur. Si le médecin veut pourtant faire le traitement, il dissimulera le traitement soit en faisant des piqûres d'une solution innommée, soit en ordonnant une spécialité masquée, soit en faisant une ordonnance conventionnelle et en prévenant le pharmacien qu'il indiquera ou que la malade lui aurait elle-même désigné.

rage innocent et pour un conjoint et pour les enfants futurs : un malade, non prévenu des dangers, pourrait ne pas prendre les précautions d'une stricte honnêteté ; 3° il s'agit d'une infection susceptible de récidiver 10, 20, 30 ans plus tard sous une forme larvée : aortite, hémiplégie, le médecin ne sera plus celui qui a traité le chancre et il faut que le malade puisse prévenir le médecin de sa tare ancienne, afin que le traitement sauveur puisse être institué aussitôt.

En un mot le syphilitique doit être instruit de ses devoirs d'honnête homme vis-à-vis de sa famille et de la société et de ses risques vis-à-vis de lui-même.

Pour toutes ces raisons, il est nécessaire de lui faire connaître la nature exacte de sa maladie et de ses dangers.

***

IV. Manière de révéler le diagnostic. — Mais, ces principes posés[1], la manière de révéler le diagnostic dépend du tempérament du malade et c'est une affaire de tact de la part du médecin : il doit observer la physionomie du malade, le sonder.

A un malade peu nerveux, qui donne l'impression d'être négligent, ou peu instruit de la syphilis, il faut immédiatement donner le diagnostic, lui en montrer les conséquences nettement mais sans exagération ; il ne

1. J'ai à peine besoin de dire que le dernier médecin consulté est le plus favorisé pour poser un diagnostic de chancre, et qu'il doit combattre les tendances du malade taxant trop souvent d'ignorance les hésitations très légitimes des confrères précédemment consultés. Il faut raisonner le malade, lui exposer que les signes varient, peuvent être nets un jour, moins nets le lendemain, etc.

faudrait l'effrayer que pour le persuader de l'importance de nos prescriptions.

Au contraire, un malade nerveux, inquiet, a besoin de ménagements. Il n'est pas prudent dès le premier jour de lui révéler le diagnostic, car une révélation trop brutale a pu être cause de suicide. Le médecin doit habituer le sujet à la possibilité du diagnostic : il lui dit : « diagnostic douteux », « il faut suivre... d'ailleurs même s'il s'agissait de cette hypothèse, *actuellement* improbable, il ne faudrait pas vous effrayer, prenez dès maintenant toutes les précautions *prophylactiques* et traitez-vous [1], mais il n'y a pas encore de certitude, il faut attendre des signes plus nets, etc., » et l'hypothèse devient de moins en moins improbable, cette attente permet de mieux étudier le caractère du malade. Je crois qu'il ne faut affirmer le vrai diagnostic qu'après cette petite préparation et *surtout j'attends que le malade ait vu le traitement guérir les accidents*, car il a la preuve de ce que vous lui avez annoncé pour le rassurer : l'efficacité du traitement... Je ne hâte que s'il s'agit d'un fiancé en raison de la nécessité de rompre immédiatement. Chez tous ces malades inquiets, le médecin doit déployer tous ses talents de consolateur.

En un mot le médecin doit corriger le caractère du malade, neutraliser un excès de peur comme un excès d'indifférence.

1. Si le malade refusait le traitement, il vaudrait mieux brusquer les choses. Il en est de même de ces malades inquiets qui courent de médecin en médecin cherchant celui qui démentirait leurs craintes.

*
* *

V. Conduite a tenir en présence de syphilitiques mariés. — Dès que l'on découvre un accident suspect, il faut s'enquérir si le ou la malade sont mariés et, s'il le sont, mener une petite enquête avant de dévoiler le diagnostic; en effet la solution du problème est très différente suivant les cas[1]. En attendant on éludera toute question précise et on donnera des réponses vagues : « laissez-moi poursuivre, etc... je ne sais encore... vous me faites dire ce que je ne veux pas dire, etc. »[1].

1° Un syphilitique marié vient consulter; il n'avoue pas de syphilis avant le mariage, il proteste contre toute fugue extra-conjugale, le médecin est donc amené à soupçonner qu'il a été contaminé par sa femme; il faut ne pas lui cacher le diagnostic de syphilis, mais accuser une origine extra-génitale : siège de cabinet ou inoculation par les doigts dans un urinoir public, par des draps d'hôtel... pour un chancre génital...; verre a boire pour des accidents de la bouche, etc. On demandera à voir la femme sous prétexte de contrôler si le mari ne l'a pas déjà infectée, et la voir seule sous prétexte de ménager sa pudeur. On essaiera de reconstituer la genèse de cette contagion non pas dans un but de curiosité, mais pour savoir si vraiment le premier soupçon était exact et si la femme a besoin d'être soignée.

2° Le mari vient seul consulter pour des accidents secondaires ou primaires; il reconnaît avoir eu la

1. Cette étude n'a pas la prétention de résoudre toutes les difficultés que l'on peut rencontrer en pratique, mais elle expose les problèmes les plus fréquents, donne des exemples qui permettront au médecin, *après réflexion*, sans se presser, de trancher les problèmes inattendus en s'appuyant sur sa conscience.

syphilis, ou, s'il ignorait être syphilitique, il avoue être coupable ; on lui donne le diagnostic. Peu importe que le malade ait contracté la syphilis avant ou après le mariage ; ce qu'il faut retenir, c'est qu'il est contagieux ; ce qu'il faut savoir, c'est si sa femme est ou non infectée.

On fait donc venir la patiente et devant son mari on l'examine cliniquement sous prétexte de troubles menstruels, de métrite, etc. ; on a convenu d'avance avec le mari de l'affection prétexte de cet examen.

Si l'examen clinique reste négatif, on fait le wassermann.

S'il existe des accidents, ou, si le wassermann est positif, malgré l'absence d'accident, la vie commune peut continuer, on traitera les deux époux et on montrera au mari l'importance d'un traitement rigoureux.

Si au contraire la femme n'a pas d'accidents et si la séroréaction est négative, on interdira tout contact, on exigera une chambre, un lit à part, on traitera le mari et la femme sera surveillée. Si aux examens ultérieurs il se confirme que la femme n'a pas été contagionnée, on exigera du mari les mêmes conditions que d'un candidat au mariage : on ne permettra la reprise de la vie conjugale que deux ans après la disparition de tout accident (v. p. 354). Cette reprise sera précédée d'un traitement de sûreté comme avant tout essai de procréation voulue (v. p. 365).

Pour obtenir cette concession de la part du mari, il ne faut pas hésiter à l'effrayer, surtout en lui exagérant les tares que présenteraient ses enfants.

Pour expliquer à la femme cette brusque abstinence, le médecin et le malade s'entendront préalablement ; on s'ingéniera à trouver des prétextes : le médecin viendra lui-même le dire à la jeune femme afin qu'elle n'ait aucun doute : on accusera par exemple une tuberculose naissante, etc. Le mari n'a pas à craindre que le divorce soit prononcé par les tribunaux en vertu de l'article 231 du Code civil, car les juges admettent que la suspension prolongée

des rapports sexuels, afin d'éviter la transmission de la syphilis, est un cas de force majeure. (Par exemple jugement du tribunal de Versailles du 4 juillet 1883.)

Que dire à la victime? Le plus souvent le mari contaminateur réclame le secret de sa faute.

— Si la femme, ne se doutant de rien, ne demande rien au médecin, il est traditionnel de lui laisser ignorer la nature de son infection en rendant le mari responsable et de ce silence et du traitement.

On a discuté cette conduite, on s'est demandé, si la malade n'avait pas le droit d'être prévenue, sans, bien entendu, laisser soupçonner que le mari est syphilitique et que l'infection provient de lui, puisque le secret lui est dû.

En ne se taisant pas, ne craint-on pas de déchaîner une catastrophe familiale, ne vaut-il pas mieux charger le coupable de surveiller le traitement de la contaminée. Puisque le mal est fait, ne vaut-il pas mieux éviter de plus grands malheurs.

Mais ne peut-on se reprocher cette conspiration du silence? Le ménage vivra en paix, certes, mais la victime de ce silence risque de contagionner d'autres personnes sans le savoir et en dehors de tout contact sexuel. Si un nouveau médecin succède au médecin de famille, le mari peut lui taire sa faute et la femme ne sera plus traitée, elle risquera de présenter des récidives graves; il faut donc exiger du mari, même en le menaçant, un testament médical et un traitement.

— D'autres fois le médecin est en butte aux questions de la jeune femme.

Si la femme contaminée ne pose que des questions vagues, si elle ne prononce pas les mots de syphilis, d'affections vénériennes, il est de tradition d'éluder la question et de se faire le complice du mari.

Si le mari refuse de laisser dévoiler le diagnostic et si la syphilisée, mise en défiance, exige du médecin, en l'ab-

sence ou la présence du mari, un diagnostic, si elle pose nettement la question de la syphilis ou d'une affection vénérienne que son mari a pu lui transmettre, le médecin doit tout d'abord se refuser à toute communication sur l'état du mari et sur la possibilité d'une contagion du mari à la femme, car il doit le secret médical au mari ; il éludera toutes les questions sur ce sujet, et il évitera de dater le début de l'affection du mari, puis il fait venir le mari et lui expose la situation. Mais doit-il, si le mari refuse l'aveu, cacher le diagnostic exact de ses accidents syphilitiques à la femme, lorsque celle-ci le réclame expressément? Pour ma part, je ne me reconnais pas ce droit, la malade mariée doit être traitée comme tout malade. Tout au plus le médecin soignant le mari peut-il renvoyer la femme syphilisée à un autre médecin.

Une conduite plus loyale, plus « claire », que l'on doit conseiller vivement, habilement, longuement, progressivement, mais difficile à faire accepter, surtout d'un jeune marié, est l'aveu, à sa femme, de la nature syphilitique des accidents; en ce cas le médecin, devant les époux réunis, fera la révélation ou brusque ou progressive (v. p. 22); il accusera longuement et avec conviction une origine extra-génitale imméritée de cette syphilis : siège de cabinet, verre à boire, crayon, pièce de monnaie, en rappelant des exemples semblables; il conseillera à la femme de garder le secret pour elle, excusera le mari qui ne pouvait se douter de sa maladie, s'il l'a contagionnée, etc. Quelle simplification pour le traitement, pour la surveillance des grossesses, et des enfants...!

3° Si une femme vient seule consulter et que l'on découvre chez elle des accidents syphilitiques primaires ou secondaires en activité, il faut l'interroger habilement en évitant d'éveiller tout soupçon.

Tantôt la femme avoue une aventure extra-conjugale, il faut alors lui dire le diagnostic et mander le mari sous

prétexte de lui confier vos craintes au sujet de la santé, par exemple utérine, de sa femme : on voit s'il est infecté à propos d'un soupçon d'urétrite (examen clinique, séroréaction). S'il n'est pas contagionné, il faut exiger immédiatement l'abstinence comme au paragraphe 2°. Si le mari est contagionné, la vie conjugale peut continuer sans précaution, on traitera les deux époux. La coupable peut réclamer le secret professionnel vis-à-vis de son mari, mais il faut essayer d'obtenir qu'elle permette de révéler à son mari le diagnostic de sa maladie[1]; le médecin se chargera d'expliquer au mari l'origine extra-génitale de l'infection. Il sera d'ordinaire facile d'obtenir ce consentement en accusant une syphilis extra-génitale et en refusant de préciser la date de l'infection. Une ruse « excusable » pour la paix du ménage, est de diagnostiquer tout d'abord la syphilis chez le mari puis de découvrir après coup la même infection chez la femme. Si la femme refuse de laisser dévoiler à son mari la nature de l'infection dont elle est atteinte, il faut pourtant dire au mari infecté qu'il a la syphilis, afin qu'il se traite et qu'il comprenne l'importance du traitement; on évitera simplement de parler de sa femme en prétextant ne pas savoir exactement ce qu'elle présente, on éludera les questions du mari en le renvoyant à sa femme, on évitera surtout de dater le début de la syphilis, on se déclarera « dans l'impossibilité scientifique » de dire qui des deux a commencé.

Tantôt la femme, bien que coupable, ne veut pas comprendre vos questions; tantôt elle ne les comprend vraiment pas parce qu'elle n'a rien à se reprocher, et l'on conçoit qu'il soit difficile de pousser trop loin les questions. On fait venir le mari sous prétexte de lui faire expliquer le traitement pharyngé de la femme et on essaye d'obtenir des

1. La femme peut refuser de laisser dévoiler le diagnostic de sa maladie. Il faut exiger l'abstinence, mais sans croire que les conventions seront respectées.

aveux en présentant le cas comme douteux; s'il avoue être le coupable, on rentre dans le cas 2°; s'il n'avoue pas, il faut, à une visite ultérieure et en l'absence du mari, révéler à la femme le diagnostic, faire accroire une origine extra-génitale de cette syphilis, etc. (on rentre dans le cas précédent); on conseillera donc au mari d'agir différemment s'il est infecté ou non. S'il est infecté, il continuera les rapports; s'il n'est pas infecté, on éxigera de la femme les mêmes conditions que pour une candidate au mariage.

Il est bien entendu que dès la première visite le médecin recommandera à sa cliente les mesures prophylactiques sous prétexte de n'importe quelle maladie contagieuse et instituera un traitement dissimulé, soit en faisant des injections d'une solution dont le flacon ne portera pas d'étiquette, soit en écrivant sur l'ordonnance mercure avec la notation chimique, ou en latin, soit en prévenant le pharmacien de mettre une étiquette fausse. Le médecin n'aurait le droit de différer le traitement que s'il devait voir le mari le lendemain. Il recommandera de tenir secrète l'ordonnance, de la porter elle-même au pharmacien, ou sous enveloppe, etc...

4° Un syphilitique amène sa femme au début d'une grossesse; on pratiquera l'examen le plus minutieux de la femme: examen clinique et séro-réaction afin d'avoir pour l'avenir un guide thérapeutique; les prescriptions générales du paragraphe 2° sont applicables. Mais que la femme soit infectée ou qu'elle paraisse indemne, il est de nécessité absolue de la traiter durant toute sa grossesse: on fera chaque mois, sous prétexte de « fortifiants », — 10 piqûres, dix jours de pilules ou de solution, dix jours de repos.

La grossesse terminée, il importera de surveiller la mère et l'enfant (v. p. 318) afin de préciser s'ils sont infectés ou non et de les traiter si l'on a le moindre doute.

5° Un syphilitique vient consulter seul pour des accidents tertiaires ou quaternaires, il ignore sa syphilis ou il avoue

avoir eu la syphilis autrefois ; peu importe, on lui donne le diagnostic ; la continuation de la « vie commune » que permettent certains doit être suspendue, si la femme est indemne, pendant toute la durée des accidents tertiaires, car Landouzy a cité des cas de contagion par ces accidents. Après cicatrisation les rapports peuvent être repris, mais on exigera du syphilitique un traitement périodique (v. p. 329) et une rigoureuse observation de ses téguments, de sa bouche, de sa verge, afin que, s'il existait la moindre érosion (plaque muqueuse tardive), il cesse immédiatement tous les contacts et vienne consulter le plus tôt possible le médecin. On examinera la femme pour savoir s'il y a lieu de la traiter.

En cas de grossesse on appliquera le traitement du paragraphe 4°.

Il peut arriver de découvrir la syphilis plusieurs années après la procréation d'enfants vivants, il faut alors préciser par l'examen clinique et sérologique si la femme et les enfants ont été contaminés, afin de les traiter en conséquence.

La même conduite s'applique à une femme mariée qui vient seule consulter pour des accidents tertiaires, sauf pourtant qu'on lui tait le diagnostic jusqu'à ce qu'on ait vu le mari (voir paragraphe 3°).

Si l'un des deux conjoints accusait l'autre d'être la cause de cette syphilis tertiaire, il serait facile d'expliquer que ces accidents témoignent d'une syphilis si ancienne que le début ne peut être précisé, il faudrait souligner que l'infection remonte à de longues années, peut-être à l'enfance, que la contagion a dû être extragénitale, « puisqu'elle a passé inaperçue » et surtout que l'on ne peut porter d'accusation sans preuves.

6° Si les deux époux viennent consulter ensemble et si l'on se méfie d'une affection vénérienne, on essaye de les examiner séparement. S'ils s'y refusent ou ne comprennent pas et que l'on constate la syphilis chez l'un des

deux ou chez tous les deux, il faut éluder leurs questions en ayant l'air de compléter l'examen. En passant dans une porte, ou mieux sous prétexte d'analyse d'urine, ou de déshabillage, on laisse la femme seule, on entraîne le mari dans une autre pièce et on lui demande de revenir seul ; si on a le temps, on peut déjà commencer une enquête, avoir par exemple l'aveu du mari. Si le mari revient seul on se guidera suivant les circonstances d'après les paragraphes 1°, 2°, 4°, 5°. On agirait de même vis-à-vis de la femme si on supposait qu'elle est la contaminatrice (par exemple syphilis secondaire de la femme et chancre du mari (v. paragraphe 3°). Si l'on ne peut arriver à ces interrogatoires séparés et si les deux époux ne veulent pas comprendre la délicatesse de votre proposition, s'ils exigent d'être fixés sur l'heure et si le diagnostic n'est pas douteux, il faut leur révéler le diagnostic en posant auparavant certains préliminaires : fréquence des contagions extra-génitales, impossibilité de reconstituer l'histoire d'une syphilis, etc. ; on refusera toute précision sur la date des débuts des deux infections et sur le mode de contagion, on éludera les questions, on s'ingéniera à trouver même pour un chancre génital une explication « extra-génitale », on accusera une contamination imméritée par des cabinets d'aisances, des doigts malpropres, une canule, etc. ; ou plus simplement on soutiendra que le chancre génital est déjà une manifestation ancienne d'une syphilis impossible à dater et dont la porte d'entrée a été ignorée.

***

VI. Conduite a tenir en présence de jeunes gens syphilitiques. — Quels sont les droits des mineurs âgés de plus de seize ans, par exemple d'un collégien attrapant la syphilis ou d'une jeune fille contaminée, en ce qui

concerne le secret professionnel? Je ne crois pas qu'il y ait de texte législatif.

Il est de tradition de ne rien dire aux parents sans le consentement du mineur qui est venu consulter seul ; mais, suivant le conseil de Brouardel, le médecin fera comprendre à l'enfant qu'il vaudrait mieux que ses parents fussent prévenus, il lui montrera que le mystère sera sûrement dévoilé tôt ou tard par des manifestations apparentes de la maladie : chute des cheveux, éruption faciale, etc., que l'enfant a tout intérêt à avouer immédiatement pour se faire pardonner, pour faciliter le traitement, pour prévenir la contagion, pour toutes raisons que l'on fera valoir longuement. Le médecin doit offrir de se charger de la besogne si difficile de l'aveu, afin de lever les dernières hésitations du jeune client. Aussitôt le consentement accordé, le médecin avertira le père ou à défaut « le chef de famille », autant que possible de vive voix, afin de mieux plaider la cause du jeune homme et donner les indications prophylactiques.

Si l'enfant refuse et si le père vient trouver le médecin et demander le diagnostic, est-il en droit de le lui refuser? Oui et il est préférable d'éconduire le père en lui disant que l'enfant a reçu un diagnostic précis et que le père doit le demander à son fils.

Si le père accompagne son fils dans la consultation, la situation est délicate. — Si le père n'a pas de soupçons, il est de tradition de ne rien dire, d'essayer de parler seul au malade sous prétexte d'analyse d'urine; il faut le prévenir que sa maladie est découverte, lui demander de revenir sans son père; dans cette deuxième visite le médecin essaiera d'obtenir le consentement du jeune malade pour prévenir son père. — Si le père a des soupçons et pose nettement la question d'une maladie vénérienne, le médecin peut-il refuser de dire le diagnostic au père? Peut-être, en usant de l'artifice suivant : sous prétexte d'obtenir la

vérité, il demandera un interrogatoire du jeune homme sans la présence du père. Il exposera alors au jeune homme quelle est la meilleure conduite à suivre (voir ci-dessus); puis revenu en présence du père, il expliquera le diagnostic s'il a reçu du jeune homme la permission d'avouer; sinon, il éludera les questions du père et chargera le fils de répondre à son père.

Si un père ou une mère amène sa fille mineure débauchée en la soupçonnant, le médecin, suivant les uns, ne doit rien dire aux parents, en obtenant de la jeune malade des promesses formelles, mais seront-elles tenues? aussi suivant les autres, il doit prévenir les parents afin qu'ils surveillent la jeune fille fautive. On doit se guider suivant les circonstances, mais je suis plutôt de ce dernier avis.

Si le jeune homme, qui a refusé de laisser prévenir son père, tombe malade dans sa famille, il faut obtenir du malade d'avertir telle personne qu'il désignera, père, mère, frère aîné.

Il en est tout autrement quand il s'agit d'une syphilis imméritée, c'est-à-dire de contagion non génitale : jeune fille contaminée par un baiser de son frère, de son fiancé, jeune fille syphilisée par un enfant hérédo-syphilitique, par une domestique qui a bu dans son verre ou qui s'est servie de ses objets de toilette, etc.; le médecin évitera de dire le diagnostic à la jeune malade ou à sa mère, il prescrira les précautions prophylactiques, un traitement dissimulé et il demandera à voir le père, il lui démontrera que l'on peut prendre la contagion syphilitique innocemment. Dans cette révélation, il faut éviter de faire porter les soupçons sur un tiers, à moins que ce tiers ne mérite aucune excuse, et encore le médecin ne peut-il préciser l'accusation.

*
* *

VII. Syphilis des domestiques[1]. — Les domestiques syphilitiques constituent un danger constant.

Ils peuvent contaminer leurs maîtres par les modes les plus divers, en se servant d'un objet de toilette, irrigateur, canule vaginale, brosse à dents, serviette, éponge, en souillant le siège des cabinets, une fourchette, un crayon, un cigare, une pipe, etc. Une bonne contaminera un enfant en le caressant, en l'embrassant, en goûtant sa soupe, etc.

Que doit faire le médecin[2]? Il prendra le malade à part, au besoin en le faisant venir chez lui et lui révélera le diagnostic s'il ne le connaît déjà; il l'instruira de toutes les précautions prophylactiques en exagérant à dessein les dangers de contagion, il exigera de cesser tout service pendant les grandes périodes de poussée, en entrant à l'hôpital et en prétextant un voyage « au pays », pour anémie, etc.

1. La syphilis des nourrices sera traitée au chapitre syphilis et mariage (v. p. 382).

2. La consultation peut se passer devant la maîtresse de maison, la situation est délicate. Dans une de ses cliniques, Gaucher raconte comment il a tourné la difficulté : il s'agissait d'une jeune bonne atteinte de céphalée diffuse sans point névralgique. Gaucher soupçonna aussitôt la syphilis et sans laisser paraître ses doutes, il ordonna de l'iodure, puis demanda à revenir laissant craindre l'incubation d'une fièvre éruptive. Lors de la seconde visite, il demanda donc à voir le tégument, ce qui sembla tout naturel. Découvrant l'éruption roséolique, il affirma une fièvre éruptive indéterminée et conseilla l'envoi à l'hôpital sous prétexte de contagion, de désinfection etc., etc., ou, tout au moins il l'aurait fait isoler pour lui parler en l'absence de ses patrons. La malade étant à l'hôpital, il la confessa, lui révéla le diagnostic vrai, la traita. Restait à ne pas la laisser rentrer dans sa place, il sermonna la malade et prétexta à la patronne une longue convalescence, une anémie grave nécessitant un retour au pays, etc.

Pour obtenir cette retraite, le médecin usera au besoin de menace d'une dénonciation, bien qu'il se sache non autorisé à la mettre à exécution.

Le médecin se refusera à toute question précise, orale ou écrite des maîtres et il renverra, oralement ou par écrit, à l'intéressé en arguant du secret professionnel. Cette fin de non-recevoir suffit le plus souvent à éveiller les soupçons et à faire renvoyer le syphilitique s'il n'avait pas cédé déjà à vos conseils.

Mais que faire si le domestique ne veut pas quitter la place, si ses maîtres restent dans une sécurité trompeuse? Le médecin ne sera-t-il pas responsable des syphilisations qui peuvent se produire dans cette famille dont il a la garde? La situation est encore plus angoissante lorsqu'il s'agit d'une bonne syphilitique soignant un jeune enfant qu'elle va sûrement contaminer. Le médecin doit-il rester impassible, ne doit-il pas éveiller les soupçons, *sans rien préciser*, afin de provoquer le renvoi. Il n'est pas classique de suivre cette dernière conduite, mais je n'hésiterais pas à le faire, afin de provoquer le renvoi de la bonne dangereuse et indocile : je parlerais d'éruption indéterminée; « je ne sais ce que c'est, mais devant ces érythèmes il faut craindre une contagion, des complications de bronchopneumonie, de méningite ».

***

VIII. Syphilis des employés et des ouvriers. — Le médecin révélera la nature de la maladie à l'employé, mais il ne doit donner le diagnostic à l'employeur sous aucun prétexte.

Souvent le patron exige un certificat que l'employé vient réclamer au médecin, le médecin fera comprendre au malade qu'il ne pourrait lui donner qu'un certificat révé-

lateur et qu'il est préférable de n'en pas donner, le médecin conseillera simplement un « certificat d'indisposition » sans préciser autrement.

Souvent l'employeur fait soigner ses employés par un médecin qu'il a choisi (médecin d'une compagnie, d'une administration), le médecin doit simplement certifier que l'employé est malade et qu'un traitement de ... jours est nécessaire. S'il fallait « préciser », il suffirait d'écrire à la case diagnostic le nom de la lésion : angine, céphalée, exanthème, périostite, etc.

Il n'est qu'une exception à la règle du secret médical : celle où, par la nécessité de l'industrie le syphilitique, se servant d'outils communs, par exemple la canne à souffler des verriers, va contaminer ses compagnons d'ateliers[1].

Le médecin doit prévenir le malade du danger qu'il fait courir, il essaye, même par la menace, d'obtenir de lui de prévenir le patron de la possibilité de ces contagions, en *taisant* le nom du malade. Si le malade refuse, le médecin est désarmé. Si, le malade acceptant, le patron ne prend pas de mesures prophylactiques et que d'autres syphilisations se produisent, le médecin doit signaler ce danger sans préci-

1. On a évidemment cherché à pallier ces dangers, on a recommandé l'embout mobile personnel à chaque ouvrier et qu'il emboutit sur la canne à verre, etc., mais on cite encore des cas de syphilisations professionnelles. Peut-on y remédier? Le médecin doit suggérer à l'employeur un règlement sanitaire comprenant un examen médical hebdomadaire et le renvoi de tout ouvrier contagieux, règlement auquel l'employé adhérera en entrant dans l'usine. Le patron n'en continuera pas moins à faire prendre les précautions générales traditionnelles : embouts mobiles, etc., car il pourrait être rendu civilement et pécuniairement responsable des syphilisations, s'il était prouvé qu'il n'a pas fait prendre les mesures prophylactiques usuelles. C'est ainsi qu'un arrêt de la Cour de Dijon du 23 avril 1859 a rendu solidairement responsable le gérant de la verrerie. L'arrêt arguait que le patron avait commis une faute en n'ayant pas demandé de renseignement sur l'ouvrier syphilisateur qui venait d'être congédié d'une verrerie de Montluçon pour le même délit.

ser le nom des victimes aux inspecteurs d'hygiène. — Si l'ouvrier syphilitique intente un procès d'accident du travail, le médecin se conduira comme lors d'un divorce (v. p. 389).

***

IX. Syphilis et société de secours mutuels. — Le médecin donnera des indications vagues sur la feuille du sociétaire, il préviendra le malade de la nature dénonciatrice des médicaments qu'il est obligé de prescrire : mercure, iodure de potassium, aussi le médecin emploiera-t-il des notations chimiques ($HgCl^2$, etc.).

Résumé : *Règle générale.* — En résumé, on doit peser le danger de cacher le diagnostic et les conséquences possibles de sa révélation. C'est à trancher de telles difficultés pratiques, pour le bien de ses malades et de leurs enfants, que l'on reconnaît la grandeur morale et sociale du rôle du médecin.

Le moyen détourné pour résoudre la difficulté est, on l'a vu, toujours la même : 1° éluder toute réponse prématurée — 2° commencer par une petite leçon sur les modes de contagion de la syphilis en insistant sur les modes innocents : verre à boire, etc., et finir en disant : « c'est bien la syphilis, mais elle n'est pas forcément de source génitale, elle doit être extragénitale ». 3° Même en présence de chancre, affirmer qu'il s'agit d'accidents anciens : « rien ne me permet de préciser le mode d'inoculation et la date du début de l'infection; réfléchissez, avant de porter une accusation précise et avant de vous laisser aller à l'irréparable, craignez l'erreur... ».

***

Malades incrédules. — Reste une dernière alternative, celle ou le malade conteste le diagnostic et ne veut pas croire le médecin, ce cas n'est pas rare. Il faut essayer de persuader le malade, faire faire les épreuves bactériologiques confirmatives, conseiller un autre avis médical, etc., en tout cas exiger que dès maintenant les mesures prophylactiques, sinon thérapeutiques, soient prises.

***

X. Syphilis et médecins. — Le médecin n'oubliera pas qu'il peut être un syphilisateur s'il stérilise mal ses instruments : aiguille, speculum, sondes, etc., vaccinostyle, ce dernier surtout peut être dangereux.

Le médecin qui croit découvrir une syphilis d'origine médicale doit révéler le diagnostic au malade, mais ne pas laisser soupçonner le mécanisme de l'infection. Il est traditionnel de prévenir confidentiellement son confrère de ses soupçons, ne serait-ce que pour le prévenir des accidents qu'il observera chez son malade.

Le médecin consulté par un malade accusant un médecin de l'avoir syphilisé, doit se tenir sur ses gardes, il ne laissera échapper aucun mot malheureux, il montrera qu'il est impossible de préciser l'origine d'une syphilis, il se refusera à tout certificat qui ferait, dira-t-il au malade, double emploi avec celui de l'expert, il remettra simplement une ordonnance; il préviendra aussitôt le médecin accusé.

Le médecin peut découvrir une source de syphilisation chez un de ses confrères, chez une sage-femme, un dentiste, un bijoutier perceur d'oreilles, un coiffeur; il faut prévenir le coupable. S'il s'agit d'un charlatan faisant, par

exemple, des séances opératoires publiques où un même instrument passe de malade à malade, il n'y a aucun ménagement à prendre, le meilleur moyen de dénonciation est une publication dans une société savante sans citer le nom du contaminateur: on pourra au besoin envoyer un extrait au service d'hygiène. Devant le juge, le médecin dénonciateur peut dire le nom du coupable, mais il ne doit donner ni les noms ni les adresses des victimes.

Le médecin, lorsqu'il confie un syphilitique aux soins d'un confrère, d'un accoucheur ou d'une sage-femme, d'un dentiste, doit prévenir du danger ces personnes liées elles aussi par le secret professionnel, il donnera simplement le diagnostic sans entrer dans les détails.

Doit-on faire la même révélation à une garde malade placée, par exemple, auprès d'une syphilitique en train d'accoucher. Le médecin ne peut le faire qu'avec l'assentiment de la malade ou du mari, il indiquera simplement qu'il y a danger de contagion sans préciser la nature de l'infection. Si la malade se refuse à laisser donner cet avertissement à sa garde, le médecin doit se retirer. Si la situation grave de la malade ne permet pas la rupture, il doit exiger une lettre indiquant le refus d'avertir la garde et dégageant le médecin de toute responsabilité.

Le médecin syphilisé par un de ses malades n'a aucun recours contre le syphilisateur.

Un médecin syphilitique doit prendre les plus grandes précautions prophylactiques. Si le chancre ou les accidents siègent aux mains, il les revêtira de gants de caoutchouc et s'il opère il mettra un masque. Le médecin qui découvre la syphilis chez une sage-femme ou chez un dentiste, doit leur indiquer leurs devoirs prophylactiques.

CHAPITRE IV

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

A DONNER AU SYPHILITIQUE DÈS QUE LE DIAGNOSTIC EST POSÉ

Que l'on révèle le diagnostic immédiatement, ou qu'on le laisse peu à peu deviner, il faut donner au malade des instructions générales. On pourra les donner complètes dès le premier jour si l'on a avoué le diagnostic. On commencera par les recommandations les plus essentielles, celles qui visent la contagiosité, si on cache au début le diagnostic et c'est peu à peu, en même temps que l'on laissera le diagnostic s'imposer, que l'on complétera ces instructions générales. En tout cas, il sera nécessaire de les répéter lors des visites ultérieures et de s'assurer que le malade en a saisi toute l'importance.

1° *Nécessité du traitement immédiat.* — Le traitement doit être aussitôt institué, sauf contre-indications spéciales (v. p. 50), dès que le diagnostic est posé, alors même qu'il n'est pas révélé. On ne tolèrera du malade aucun attermoiement.

2° *Instructions therapeutiques et hygiéniques.* — Pendant les périodes de traitement et dans l'intervalle des

cures, même en période de syphilis latente, on recommandera une hygiène rigoureuse (v. p. 54) :

Hygiène de la bouche et des dents, suppression de toutes les irritations buccales (tabac, alcool).

Hygiène minutieuse des organes génitaux, soins de toilette.

Hygiène corporelle, bains sulfureux.

Hygiène générale : éviter les surmenages de toutes sortes.

Hygiène thérapeutique : au moindre incident surtout buccal, goût métallique, gencive déchaussée, salivation, cesser le traitement et revenir consulter le médecin.

3° *Instructions contre la contagion.* — La syphilis est extrêmement contagieuse, la lésion la plus insignifiante de la bouche, des organes génitaux, peut être infectante, le sujet atteint de n'importe quelle érosion doit se considérer comme contagieux : un simple baiser, boire dans un verre, sucer un crayon, etc., peuvent être la source d'infection. Les lésions peuvent survenir du jour au lendemain, sans qu'on s'en aperçoive et même en période de traitement. Le syphilitique doit donc se considérer comme **contagieux** *en tous temps*. Il doit avoir ses verre, fourchette, objets de toilette, pipe et porte-cigarette, etc., spéciaux et ne les prêter à personne, il doit s'abstenir de tout acte sexuel, sauf avec une syphilitique.

4° *Instructions pour le traitement ultérieur.* — Dès le début, le médecin préviendra le malade que le traitement doit être **continué pendant quatre ans, même en l'absence de tout accident et que la surveillance périodique du médecin est absolument nécessaire.** Pour éviter toute erreur, le malade doit avoir son calendrier de traitement.

Un syphilitique, même s'il est guéri depuis de longues années, ne doit jamais oublier qu'il a eu la syphilis, il **confiera ce secret au médecin quelle que soit l'affection dont il souffre**, car devant une affection viscérale, le médecin non prévenu peut ne pas reconnaître la cause et le malade perdrait le bénéfice d'un traitement sauveur.

5° *Instructions pour le mariage.* — Le syphilitique ne doit se **marier qu'après autorisation du médecin**, à qui il ne cachera rien de tous les détails de sa maladie, des traitements et des récidives (v. p. 351).

Questionné à ce sujet, le médecin rassurera le malade en lui montrant qu'un traitement prolongé permet d'avoir des enfants sains, mais il évitera de donner une date précise, il exigera une observation prolongée en montrant que les maladies ne sont pas soumises à des formules mathématiques. Il ne faut fixer qu'un minimum, jamais un maximum.

Marié, le syphilitique devra se surveiller, afin de ne pas laisser échapper dès son début, un accident contagieux ; au moindre soupçon, il cessera immédiatement tout rapport. Il devra, avant la procréation, faire un traitement de sûreté.

La femme, même si elle ne paraît pas contaminée, devra être traitée pendant la grossesse (v. p. 343).

L'enfant, même s'il paraît sain, devra être éprouvé (v. p. 375).

L'enfant, même s'il ne porte aucune lésion, ne doit pas être confié à une nourrice (v. p. 375), il doit être nourri par sa mère (v. p. 378).

Si la syphilis est découverte après le mariage, après la procréation d'enfants vivants, il faut pour l'avenir suivre ces précautions, il faut éprouver l'autre conjoint et les

enfants par un examen clinique complet et la réaction de Wassermann une ou plusieurs fois répétée, *afin de voir s'ils sont infectés ou non et de les traiter s'il y a lieu.*

6° *Testament médical*[1]. — A la suite de plusieurs praticiens, j'estime que le syphilitique doit, dans un testament, prévenir l'autre conjoint et ses enfants, qu'il a eu la syphilis, ou tout au moins pour ces derniers laisser une lettre cachetée contenant l'aveu de la maladie et destinée au médecin qui serait appelé à soigner ces enfants *même adultes.*

A ne pas exiger ce testament, le conjoint survivant risque d'infecter son entourage, de contracter une union dangereuse, de syphiliser le nouveau conjoint et les enfants qui naîtront de ce nouveau mariage[2]; les enfants peuvent avoir des accidents hérédo-syphilitiques souvent tardifs, dont un médecin non prévenu méconnaîtra la nature syphilitique et qu'il croira tuberculeux, par exemple une adénite, une ostéite[3].

1. Je considère même comme prudent que le syphilitique ait « en lieu sûr » une lettre cachetée contenant son diagnostic, lettre destinée au médecin appelé d'urgence et auquel il ne pourrait répondre parce qu'il serait dans le coma, ou hémiplégique ou aphasique.

2. Dans un cas semblable où le mari syphilitique mort n'avait pas laissé de testament médical et où la veuve voulait se remarier, un praticien cité par Dejace prévint « la veuve de l'affection dont elle était atteinte et celle-ci renonça de suite à toute idée matrimoniale ». On ne peut qu'approuver la conduite de notre confrère.

3. J. Darricarrère a raconté à ce propos une histoire très instructive. Il découvre la syphilis chez un des anciens camarades, il le traite, lui et sa femme. A deux fausses couches succède un accouchement normal d'un bel enfant, le père fait un testament médical. Le père et la mère meurent d'accident; l'enfant, devenu grand jeune homme, a des adénites que l'on croit tuberculeuses et qui résistent aux traitements habituels antiscrofuleux, il ouvre le testament paternel, vient voir le docteur Darricarère

Telles sont les instructions que le médecin doit enseigner à son malade. On a, à l'hôpital, des imprimés où ces précautions sont détaillées, pourquoi n'imiterait-on pas cet exemple en clientèle. Il faut avec douceur, mais avec fermeté, en appeler à la conscience du malade, et lui faire comprendre toute l'importance individuelle, familiale et sociale de ces instructions.

qui le traite et le guérit. Or, quels dommages aurait-il subis si l'erreur de diagnostic n'avait pas été rectifiée par l'aveu posthume du père?

CHAPITRE V

TRAITEMENT MERCURIEL DE LA SYPHILIS

MÉTHODES CLASSIQUES DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS[1]

Les méthodes classiques : Mercure. Iodure. Arsenicaux associés au mercure, p. 47. Le traitement mercuriel est le traitement de fond de la syphilis. Ses indications et ses contre-indications, p. 47.

I. — **Traitement mercuriel** p. 48. — *Précautions que doit prendre le médecin avant tout traitement mercuriel :* 1° État de la bouche et des dents, p. 50 ; 2° état des émonctoires, du rein : conduite à tenir en présence d'un syphilitique albuminurique p. 51 ; 3° traitement antérieur p. 52 ; 4° idiosyncrasie au mercure, p. 53.

Soins que devra prendre le malade pendant le traitement : 1° Hygiène de la bouche ; 2° suppression de toutes les irritations buccales ; 3° hygiène minutieuse des organes génitaux ; 4° bains sulfureux ; 5° eaux sulfureuses ; 6° hygiène générale, p. 54.

Technique. — 1° *Injections intra-musculaires et sous-cutanées de sels solubles* (benzoate, bibromure, bi-iodure de mercure), p. 56.

1. *Dans ce chapitre général, nous n'exposerons que les techniques, les indications et les contre-indications des diverses méthodes thérapeutiques.* **La conduite du traitement** (*c'est-à-dire les doses, la répétition des séries de traitement, l'interruption et la reprise du traitement, les traitements locaux*) *étant variable avec chaque cas particulier, sera étudiée à propos de chaque cas à chaque chapitre de ce livre qui est avant tout un manuel de thérapeutique clinique.*

2° *Injections intra-veineuses de cyanure de mercure*, p. 63 ;
3° *Injections intra-musculaires de calomel*, p. 64 ;
4° *Frictions mercurielles*, p. 65 ;
5° *Ingestion de pilules de bichlorure, de proto-iodure, de solution de lactate de mercure*, p. 67 ;
6° *Assaut pluri-mercuriel*, p. 69 ;
7° *Traitements dissimulés :* malades indociles, etc., p. 69.
Accidents du traitement mercuriel : stomatite, etc. Leur traitement prophylactique et curatif, p. 71.
II — **Iodures** p. 74. Contre-indications, p. 75. Techniques ; malades tolérants, p. 75. Malades intolérants, p. 77. Traitement parallèle ou alternant avec le traitement mercuriel, p. 78.
III. — **Arsenicaux associés** au traitement mercuriel p. 78 : Cacodylate, arrhénal, hectine, p. 79. Salicylarsinate de mercure p. 80.

Les méthodes classiques du traitement de la syphilis comprennent : I. le Mercure ; II. les Iodures ; III. les Arsenicaux associés au mercure.

Le traitement de fond de la syphilis est et reste toujours le traitement mercuriel, associé ou non à l'iodure de potassium et aux arsenicaux tels que l'hectine. Les nouvelles préparations d'Ehrlich 606 et 914, *ne doivent être employées que dans des cas spéciaux* (v. p. 85) ; *elles gagnent elles-mêmes à être associées au mercure.*

LE PRATICIEN NE DOIT ABANDONNER LE TRAITEMENT MERCURIEL QUE LORSQU'IL Y EST FORCÉ PAR L'INTOLÉRANCE DU MALADE. En un mot :

L'indication du traitement mercuriel est facile à résumer : toute syphilis doit être traitée par le mercure.

Les contre-indications sont très restreintes : mauvais état des dents et de la bouche, *insuffisance de l'émonctoire rénal, idiosyncrasie* (*v. p.* 50).

***

I. — TRAITEMENT MERCURIEL

Le traitement mercuriel doit être décrit en détails en raison de son importance capitale.

Les modes d'administration sont nombreux : voie buccale ; friction cutanée ; injections sous-cutanées ou intra-musculaires ou intra-veineuses ; voie rectale, etc., les préparations sont multiples, sels solubles et insolubles..., il faut que le praticien fasse un choix des méthodes principales courantes, mais qu'il connaisse aussi des méthodes d'exceptions pour certains cas particuliers, chaque méthode ayant ses avantages et ses inconvénients.

1° Dans tous les cas où il faut agir vite et fort, au début de la syphilis à la période du chancre, dans toutes les éruptions syphilitiques généralisées, dans tous les accidents graves même localisés, dans les accidents bénins mais rebelles et récidivants, il est nécessaire d'employer les injections de sels solubles tous les jours ou tous les deux jours : benzoate de mercure, bi-iodure, bibromure, salicylarsinate de mercure, etc., par séries de 10, 12, 15, 20, 30 injections séparées par des repos aussi courts que possible de cinq à huit jours. Si les douleurs aux points d'injection sont trop vives, on fera des séries de 10 piqûres suivies de dix jours de frictions ou de pilules, puis on recommencera les piqûres.

2° Dans les cas d'extrême urgence (lésions nerveuses, lésions oculaires), on pratiquera *des injections intra-veineuses quotidiennes* de cyanure de mercure.

3° Dans les cas de lésions rebelles (kératose palmoplantaire), on peut tenter des injections *hebdomadaires intra-*

musculaires de calomel : 0 gr. 05, 0,07 4 à 6 injections ou un assaut pluri-mercuriel.

4° Dans les cas de syphilis bénigne, localisée (bien que le traitement par les injections quotidiennes de sel soluble reste l'idéal théorique), on peut ordonner au malade un traitement plus pratique et moins coûteux : frictions mercurielles, ingestion par voie buccale de pilules ou de cachets ou de solution.

5° Dans les périodes de syphilis latentes, alors qu'il faut pourtant appliquer le traitement de sûreté, on doit proposer des séries de piqûres quotidiennes de sels solubles et si le malade ne les accepte pas, les frictions, ou l'ingestion alimentaire.

Ce sont ces cinq méthodes pratiques, courantes, qu'il faut examiner successivement[1] : 1° injections sous-cutanées de sels solubles : 2° injections intra-veineuses de

1. Je ne fais que citer malgré qu'elles soient classiques et très employées des méthodes faisant double emploi; ou inutilement désagréables, ou inefficaces, ou dangereuses. Je rappelle cependant les doses habituelles de ces préparations afin que le praticien puisse reconstituer les traitements antérieurs et apprécier les doses.

I. — *Mercurium cum creta* : 33 p. 100 de mercure (excellent chez l'enfant d'après Variot à la dose de 2 à 6 centigrammes par jour associé au lait).

II. — *Liqueur de Van Swieten* (formule du codex) : bichlorure de mercure en solution aqueuse au 1/1000, 1 à 2 cuillerées à soupe chez l'adulte, XXX gouttes chaque jour chez l'enfant par mois d'âge; actif mais très irritant pour l'estomac.

III. — *Pilules de Ricord* :

Proto-iodure de mercure .	0, 05	1 à 2 par jour.
Extrait thébaïque.	0, 016	
Thridace	0, 05	
Conserves de roses. . . .	0, 10	

cyanure; 3° injections intra-musculaires de calomel; 4° frictions mercurielles; 5° ingestion de pilules, cachets, solution[1]. Auparavant, il nous faut insister sur les précautions que le médecin devra prendre avant tout traitement mercuriel et sur les soins que devra suivre le malade pendant le traitement.

Précautions que doit prendre le MÉDECIN avant tout traitement mercuriel. — Avant d'ordonner le traiment mercuriel le médecin devra:

1° S'assurer que *les dents et la muqueuse buccale du malade sont en bon état*. En effet si les dents sont mauvaises, ou déchaussées, la stomatite mercurielle sera fatale et précoce, forçant à interrompre le traitement.

Si les dents et les gencives sont en bon état, on commencera aussitôt le traitement.

Si elles ne sont lésées que sur un point, on peut commencer aussitôt, en recommandant de toucher le chicot ou la gencive malade, matin et soir, avec une allumette en bois imbibée de teinture d'iode, et de faire traiter les dents aussitôt que possible par le dentiste.

IV. — *Sirop de Gibert-Boutigny* :

Bi-iodure de mercure.	1 gr.	2 cuillerées à bouche par jour.
Iodure de potassium.	50 —	
Eau.	50 —	
Sirop de sucre. . . .	2 400 —	

(*Préparation que l'on aurait intérêt à employer davantage.*)

V. — *Huile grise* à 40 p. 100.

VI. — *Injections d'huile bi-iodurée* de Panas, 4 milligrammes par 1 centimètre cube; douloureuse et peu concentrée.

1. Il n'y a pas encore à l'heure actuelle de traitement de la syphilis par sérothérapie ou vaccino-thérapie. Le médecin doit lutter contre la tendance de certains malades à chercher dans les journaux politiques, la panacée antisyphilitique et à délaisser les traitements anciens efficaces.

Si les dents sont mauvaises, cariées, encrassées de tartre, si les gencives sont enflammées, il vaut mieux attendre quelques jours et faire procéder à un nettoyage de la bouche par le dentiste: arracher les chicots, plomber les dents cariées, enlever le tartre, cautériser les gencives à l'iode et même avec le galvano-cautère, aseptiser la bouche par des lavages réguliers plusieurs fois par jour d'eau oxygénée, ou d'eau boratée, etc.

Pourtant, malgré une mauvaise dentition, si les accidents syphilitiques sont graves, le médecin peut commencer immédiatement à condition de surveiller et de traiter lui-même la stomatite avec la teinture d'iode, etc., pendant que le dentiste fait parallèlement le nettoyage de la bouche. C'est dans ces cas que l'on aura intérêt à employer d'emblée les arsenicaux (voir p. 88) en attendant à plus tard pour mercurialiser le malade.

2° S'assurer que les *émonctoires, muqueuse intestinale et surtout les* REINS, *sont suffisants.*

Il faut donc s'enquérir du passé pathologique du malade, faire un examen complet viscéral, et surtout une analyse d'urine qualitative: recherche du sucre et de l'*albumine*.

Si les urines ne sont pas albumineuses on peut commencer aussitôt le traitement.

Si les urines sont albumineuses il faut:

I. Recueillir les urines de vingt-quatre heures chaque jour afin de faire la courbe de la quantité;

II. Faire chaque jour un tube d'Esbach pour avoir la courbe de l'albuminurie;

III. Faire un *rapport azoturique*[1].

Si le rapport azoturique est au-dessous de 80, il faut différer le traitement mercuriel (Règle de Gaucher).

1. Le rapport azoturique (qui est le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total) est normalement de 0,86 à 0,89.

Si le rapport azoturique est au-dessus de 80, on peut commencer le traitement par de *faibles doses* ou de sels solubles en injections sous-cutanées ou de lactate, de tannate de mercure en ingestion (ne jamais employer ni les piqûres intraveineuses ni surtout les sels insolubles); on commencera soit par 0, 01 de benzoate, soit par une pilule de 0,05 de tannate de mercure puis, 2, 3, 4, 5, par jour, soit par une cuillerée à café de lactate, puis 2, 3, 4, par jour (Gaucher). On surveillera la quantité d'urine, la quantité d'albumine; si on voit le volume des urines diminuer et l'albuminurie augmenter, il faudra cesser aussitôt le traitement et attendre un moment meilleur avant de recommencer.

Pendant cette attente, le malade sera alité, mis au régime lacté et traité comme rénal; faute de mieux on peut lui donner de faibles doses d'arséniate de soude, 0 gr. 002, mais toujours en surveillant les urines. Dès que le malade semblera aller mieux on refera un deuxième rapport azoturique et s'il est supérieur à 80 on tentera un nouvel essai très prudent de traitement mercuriel[1].

3° *Demander si le malade ne vient pas de subir un traitement par des préparations insolubles: huile grise, calomel, etc.*

En effet il faut craindre que les injections de sels solubles et les sulfureux recommandés ci-dessous (p. 55) ne déterminent une rapide solubilisation des réserves mercurielles, enkystées dans les muscles fessiers, et par suite une intoxication mercurielle. A plus forte raison si le malade traité par des préparations insolubles présente déjà des signes de stomatite ou d'intolérance, faut-il s'abstenir d'un nouveau traitement mercuriel et de sulfureux; il faut attendre

1. Les indications du traitement arsenical sont très discutées dans les cas de lésions rénales (v. p. 91).

quelques jours, huit à quinze jours. C'est là un des inconvénients, et non des moindres, des sels insolubles ; on ne sait jamais à quel point en est la résorption des nodules. Si la syphilis est grave et réclame un traitement d'urgence, on fera un traitement arsenical. Si les accidents ne pressent pas, on peut tenter les sulfureux afin de solubiliser les réserves mercurielles, on jugera de cette solubilisation par la recherche du mercure dans les urines, et parfois on sera étonné de voir guérir sans traitement nouveau les accidents qui avaient résisté jusque-là. Si les urines ne contiennent pas de mercure au bout de huit à quinze jours on peut recommencer un nouveau traitement mercuriel.

4° S'enquérir s'il n'existe pas une *idiosyncrasie* au mercure.

En effet certains sujets présentent une telle sensibilité au mercure qu'une faible dose de ce métal détermine chez eux une intoxication imprévue plus ou moins intense : erythème, diarrhée, troubles généraux, etc.

Parfois le malade a déjà eu à souffrir de cette idiosyncrasie, il racontera au médecin qui doit l'interroger sur ce point que des *pansements au sublimé*, des lavages avec de l'oxycyanure, etc., ont déterminé des phénomènes d'intolérance, qu'un *traitement mercuriel antérieur* a été très mal supporté.

Le plus souvent, lorsqu'il s'agit d'un syphilitique non encore traité, le malade ignore son idiosyncrasie ; aussi pour ne pas risquer de déchaîner cette susceptibilité, vaut-il mieux *donner une très petite dose d'essai de mercure, par exemple une pilule de 0 gr. 005 de sublimé*, avant de commencer un traitement actif.

Précautions et soins que devra prendre le MALADE **pendant le traitement.** — Le médecin doit dès

le premier jour du traitement faire *l'éducation hygiénique spéciale* du malade, et *veiller, à chaque visite, à l'accomplissement strict de ses prescriptions*, il saura en montrer l'importance en énumérant les dangers auxquels le malade s'exposerait s'il désobéissait.

Le médecin insistera sur :

I. *Hygiène de la bouche et des dents.* Le malade doit brosser doucement les dents *matin et soir et après chaque repas avec un savon dentifrice* (savon de Vigier, Lafay, Duret, de Mollard, etc...); si les dents s'encrassent facilement, il fera en outre une friction douce avec une poudre dentifrice, par exemple :

Chlorate de potasse. . . .	
Craie.	ââ 15
P. de Quinquina	
Salol.	2 gr.
Parfum.	Q. S.
(au tamis)	

[Gaucher.]

Puis il se rincera la bouche avec :

Chlorate de potasse. .	20 gr.
Eau.	1000 gr.
(On peut ajouter ou sirop de mûres. .	200 gr.
— ou mellite de roses).	200 gr.

Ou :

Eau oxygénée à 40 0/0, deux cuillerées à bouche dans un verre d'eau tiède de 125 grammes contenant 1 à 2 grammes de bicarbonate de soude.

Si les dents se déchaussent, si les gencives deviennent douloureuses, rouges et tuméfiées, le malade répétera les lavages de bouche, passera la sertissure des gencives avec une allumette de bois imprégnée de teinture d'iode, et il viendra consulter le médecin ; s'il ne le peut, il interrompra le traitement.

II. *Suppression de toutes les irritations buccales* : fumée de tabac, mets épicés, alcool, etc., qui appellent les plaques muqueuses. Le café à petites doses est toléré.

III. *Hygiène minutieuse des organes génitaux* : lavage bi-quotidien du prépuce et du gland, de la vulve et du vagin, avec une solution au 1/2000 d'oxycyanure de mercure et onction des points irrités avec la pommade au calomel au 1/10 ou 1/30. En période d'activité il sera utile de poudrer les plis articulaires avec une poudre d'oxyde de zinc.

IV. *Bains sulfureux* de 30 à 36°. Au lieu de prendre des bains ordinaires, le malade prendra au moins deux fois par semaine (et tous les jours s'il le peut pendant ses séries de traitement mercuriel) un bain sulfureux, à moins que la peau eczématizable ne soit une contre-indication. Suivant la température, la durée, la qualité de l'eau employée, le bain sera ou sédatif ou excitant.

V. *Eaux sulfureuses* : Matin et soir le syphilitique en période de cure aura avantage à prendre 2 verres à bordeaux d'eau d'Uriage chlorurée sulfurée ou d'eau de Luchon (Source du Pré n° 1), sulfurée sodique, ou de Challes, eau froide sulfurée iodurée et bicarbonatée facilement digestible[1]. Cette sulfuration par les bains et par ingestion permet d'augmenter les doses de mercure et facilite l'élimination de ce médicament.

A défaut d'eau sulfureuse naturelle, on peut fabriquer une eau sulfureuse artificielle (Desmoulières).

Silicate de soude.	0 gr. 10
Monosulfure de sodium. . .	0,10 à 0 gr. 15
Sulfate de soude ordinaire. .	1 à 3 gr.
Chlorure de sodium sec. . .	6 gr. 50

Pour un paquet à faire dissoudre dans un litre d'eau : un à deux verres par jour.

1. Les eaux sulfurées fortes sont : Luchon, Cauterets, Ax, Challes, Uriage, etc. Si elles sont mal tolérées, on essaiera les eaux sulfurées faibles : Aix-les-Bains, Saint-Honoré, Saint-Gervais, Vichy (Source Lucas et du Parc).

Ce traitement sulfureux adjuvant devrait être employé plus qu'il ne l'est actuellement, car il renforce singulièrement l'activité du mercure ; il est particulièrement indiqué, chez les anémiés, amaigris, déprimés, surmenés, chez les intolérants au mercure. Dans tous les cas de syphilis graves, dans les parasyphilis, il permet un traitement énergique.

Il sera au contraire **déconseillé chez les syphilitiques prédisposés aux congestions viscérales, chez les artérioscléreux, les hépatiques, les nerveux trop irritables, les eczémateux en poussée.**

Ce traitement sulfureux fait à la maison pendant les cures mercurielles pourra être utilement complété par une « cure annuelle » dans une station thermale : Luchon, Uriage, Challes, etc.

VI. *Nécessité d'une bonne hygiène*. Il faut faire comprendre au syphilitique que suivant le mot de Ricord la vérole fait un branle-bas dans tout l'organisme, qu'il faut cesser la vie de surmenage intellectuel ou mondain : dîners, veillées, bals, etc., que, même en dehors du danger de contagion, il faut supprimer les excès sexuels. Il n'y a pas de régime alimentaire spécial ; il faut suivre en un mot une vie d'exercice sans fatigue, avoir des repas rationnels, un sommeil suffisant (8 heures au moins).

L'absence d'excès physiques, intellectuels et sexuels, constituera la meilleure prophylaxie des syphilis nerveuses.

Enfin il va sans dire que le médecin rappellera au malade tous les dangers de contagion, etc. (voir p. 42).

Techniques.

1° Injections intra-musculaires ou mieux sous-cutanées de sels solubles (Benzoate, etc.) — Cette méthode est la plus active, elle constitue le procédé de choix et doit être

employée toutes les fois qu'elle sera possible. Ses inconvénients sont : — la douleur de l'injection, douleur fréquente, quoi qu'en disent les prospectus des spécialités, — la production locale de nodosités plus ou moins douloureuses qui parfois donnent un abcès aseptique par nécrose, — la perte de temps et le prix élevé du traitement, car le malade doit aller chaque jour, ou au moins tous les deux jours, chez le médecin. Ces deux derniers inconvénients sont, il est vrai, faciles à éviter avec les injections sous-cutanées, car le médecin peut montrer au malade à faire lui-même les injections.

On ordonne [1] :

Benzoate de mercure *pur* et *lavé* [2]	1 gr.
Chlorure de sodium chimiquement *pur*. . .	2 gr. 50
Eau distillée stérilisée, Q. S. pour	100 gr.

(En un flacon jaune foncé bouché à l'émeri, ou répartir en ampoules de 2 cm³).

2 cm³ par jour, 3 cm³ par exception [Gaucher].

Ou :

Bromure mercurique.	1 gr. 10
Bromure de sodium cristallisé .	1 gr. 40
Eau distillée stérilisée, Q. S. pour	100 gr.

2 cm³ par jour [Dalimier et de Nittis].

1. De nombreuses préparations ont été spécialisées plus ou moins indolentes et plus ou moins actives. Solution de benzoate ou de bi-iodure additionnée de 10 p. 100 de saccharose, hermophényl, sels mercuriels solubles au gaïacoloïd, salicylarsinate de mercure (Enesol), benzhermyl, varaugol hermique, mercure colloïdal électrique (électro-mercurol), etc.

Il faut se méfier que certaines spécialités contiennent ou de la cocaïne ou une trop faible teneur en mercure.

2. La solution de benzoate est difficile à faire et demande un pharmacien averti et minutieux. Il est indispensable de ne pas se servir de benzoate tout préparé en sel vendu dans le commerce. Le pharmacien devra préparer lui-même le benzoate de

Ou :

Biiodure de mercure récent. . .	2 gr.
Iodure de sodium pur et sec . .	2 gr.
Chlorure de sodium pur.	0 gr. 75
Eau distillée stérilisée, Q. S. pour	100 gr.

1 cm³ par jour [Levy Bing].
Solution active mais souvent très douloureuse.

Si le traitement sulfureux (bains et boissons) *est associé aux piqûres, on peut* progressivement et en surveillant le malade, *monter à 0,04, et même 0,05 par jour pendant 15 jours sans danger.*

Les injections seront faites par le médecin et non par le malade, à moins que le médecin n'ait lui-même éduqué le malade ou une personne de l'entourage à faire les injections *sous-cutanées* et fait faire devant lui les premières injections.

Le médecin fait bouillir une seringue de Luër de 2 cm³ et son aiguille de platine longue de 2 à 3 centimètres pour les injections sous-cutanées, de 5 centimètres pour les injections intra-musculaires.

La région choisie est la région fessière. Si l'on fait des injections sous-cutanées[1], tous les points peuvent être choisis. Si l'on fait des injections profondes intra-muscu-

mercure en traitant de l'oxyde jaune de mercure en solution acide par le benzoate de soude, le sel obtenu sera lavé pendant des semaines à l'eau distillée froide jusqu'à ce que l'eau de lavage ne soit plus acide au tournesol.

La solution ne doit pas contenir de cristaux même microscopiques.

1. La plupart des syphiligraphes font des injections intra-musculaires, car elles sont moins douloureuses que les injections sous-cutanées. Gaucher recommande ces dernières quoique plus douloureuses ; car, s'il se produit un abcès par nécrose aseptique, l'élimination est facile dans les cas de nodosité superficielle et ne produit pas de délabrement, alors que dans le cas de nodosité intra-musculaire, l'abcès profond, produit des décollements, est difficile à atteindre et à inciser, et demande souvent plusieurs mois pour se cicatriser.

laires, il faut éviter avec soin la région du sciatique, sinon on risquerait des sciatiques graves avec monoplégies dont on a publié plusieurs observations : la région non dangereuse comprend toute la surface située au-dessus du grand trochanter et en avant d'une ligne verticale passant par le bord postérieur du grand trochanter[1]. (Planche 1, fig. 1, p. 61.)

On alterne et on choisit des points dépourvus de nodosités.

Le médecin antiseptise le point choisi avec de la teinture d'iode. Il se lave les mains ou se les passe à l'alcool. Il sort la seringue et l'aiguille du récipient où elles viennent de bouillir, il flambe l'extrémité de l'aiguille par surcroît de précaution, aspire la dose voulue dans la seringue, dépose la seringue sur une surface aseptique (cuvette flambée) en la désarmant de son aiguille. (Planche 1 *bis*, fig. 2, p. 62.)

Il enfonce l'aiguille seule, d'un coup brusque, perpendiculairement à la peau et jusqu'à la profondeur désirée, attend quelques secondes; il s'enquiert que la douleur n'est pas vive et ne persiste pas (afin de s'assurer de ne pas avoir piqué un nerf); il regarde s'il ne sourd pas du sang par le pavillon de l'aiguille afin de s'assurer de ne pas avoir introduit l'aiguille dans un vaisseau. Il expurge l'air de la seringue, l'ajuste sur l'aiguille et pousse très lentement le piston, si les premières gouttes injectées déterminaient une douleur très vive et surtout irradiant jusque dans la jambe, il faudrait craindre de léser un nerf et interrompre aussitôt pour recommencer en un autre point. Le médecin

1. La région rétro-trochantérienne, souvent recommandée, nous semble trop proche du sciatique : fossette rétro-trochantérienne (Smirnoff). D'autres auteurs recommandent de faire des injections « le long d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter ou à quatre travers de doigt au-dessous de la crête iliaque, dans la partie comprise entre une verticale passant en arrière du grand trochanter en dehors et une autre verticale passant à quatre travers de doigt du pli interfessier en dedans ». (Nicolas.)

retire vivement l'aiguille en maintenant la peau ; il masse doucement la peau si la piqûre saigne, mais non le muscle.

Il enlève la large tache d'iode avec un tampon imbibé d'alcool, il laisse sécher et remet une gouttelette d'iode très petite à l'endroit de la piqûre. Il traitera de même par l'iode les petites pustulettes qui pourraient exister tout autour, afin d'éteindre les dangers d'infection.

La douleur qui survient le soir sera soulagée par l'application d'une serviette imbibée d'eau chaude.

La seringue et l'aiguille seront avantageusement conservées dans un tube rempli d'une solution aqueuse de borate de soude à 5 0/0 ou de chloroforme.

Des injections quotidiennes (ou tous les deux jours) seront faites par série de 10, 12, 15, 20, 30, suivant la gravité des lésions. Les séries seront répétées suivant les besoins, en les séparant les unes des autres par un repos de 4 à 8 jours.

Si les douleurs locales forçaient à interrompre les injections, il faudrait pendant le temps que l'on laisserait reposer les fesses, ordonner des frictions ou du mercure en ingestion. Dans les cas urgents, on ferait des injections intra-veineuses de cyanure.

2° Injections intra-veineuses. — Ces injections sont très actives, indolentes lorsqu'elles sont bien faites, exemptes de danger et bien tolérées. Elles ont l'inconvénient d'être très délicates à faire, de donner des nodosités très douloureuses et même des escharres quand elles sont mal faites, elles produisent rapidement de l'intoxication mercurielle bénigne, mais qu'il faut surveiller. Elles assujettissent le malade à une perte de temps et au prix d'une visite quo-

PLANCHE 1

Fig. 1. — Injections musculaires profondes

La zone dangereuse à éviter est le trajet du nerf sciatique. Ce nerf suit une ligne commençant à deux travers de doigt en dehors de l'épine iliaque postéro-supérieure et aboutissant à l'intersection du pli fessier et de l'axe médian de la face postérieure de la cuisse, il faut se tenir à 3 centimètres au moins en dehors de cette ligne et diriger la pointe de l'aiguille en dehors. En haut, la limite supérieure de la zone dangereuse est le rebord osseux de la grande échancrure sciatique au-dessous duquel vient émerger le nerf 8 : il faut donc se tenir au-dessus de ce point d'émergence.

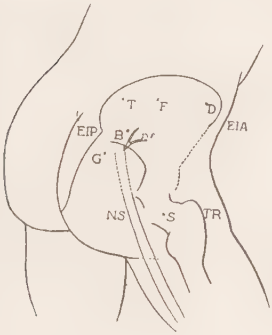


Fig. 1

Repères osseux : EIA, épine iliaque antéro-supérieure; EIP, épine iliaque postéro-supérieure; TR, grand trochanter. — Tronc nerveux à éviter : NS, grand nerf sciatique, et *nf*, nerf fessier supérieur sortant du bassin par la grande échancrure sciatique.

S, point de Smirnoff : région rétro-trochantérienne, cette région est trop peu étendue et trop près du sciatique. — G, point de Gaillot à l'intersection d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter et d'une perpendiculaire passant à deux travers de doigt du pli interfessier et parallèle à lui, cette région est trop peu étendue et trop près du nerf sciatique. — B, point de Barthélemy au milieu d'une ligne joignant le sommet du pli interfessier à l'épine iliaque antéro-supérieure dans le voisinage du bord supéro-externe du grand fessier. Ce point a l'inconvénient d'être près du nerf fessier supérieur.

Les régions suivantes nous semblent plus recommandables : — F, point de Fournier, tiers supérieur de la fesse, à deux travers de doigt au-dessous de la crête. — D, point de Duhot, en avant près de la crête iliaque sur le prolongement de la ligne médiane de la cuisse. — T, point de Tixier, au milieu de la ligne joignant le sommet du pli interfessier à la partie la plus élevée de la crête iliaque.

En réalité, puisqu'on répète chaque jour les injections, on ne peut parler de *point*, il faut pouvoir injecter dans une *région* non dangereuse assez large pour que les nodosités ne confluent pas.

PLANCHE **1** *bis*

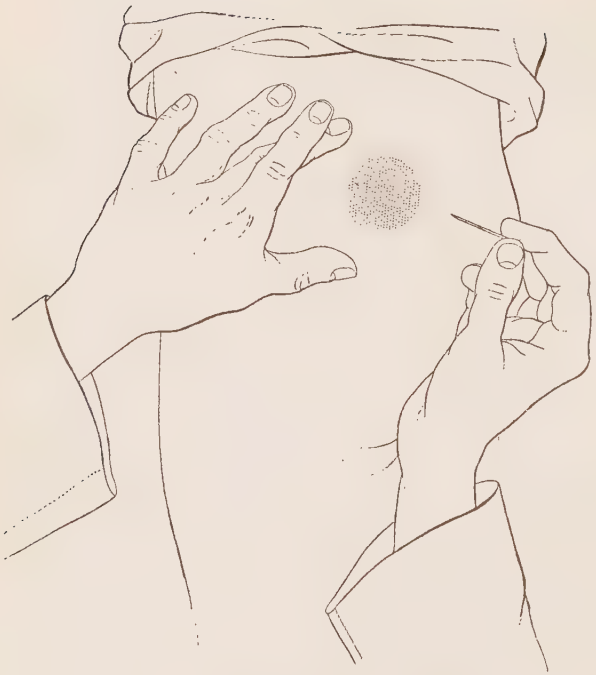


FIG. 2. — **Injections intra-fessières**

La peau a été antiseptisée par une large tache de teinture d'iode ; de la main gauche le médecin tend la peau, la main droite va enfoncer l'aiguille d'un mouvement brusque et perpendiculairement à la peau.

tidienne. Elles peuvent être substituées aux piqûres de benzoate sous-cutanées, dans tous les cas, mais il est difficile d en faire plus de dix de suite, car la stomatite apparaît rapidement. En pratique, *on les réserve aux cas très graves : hémiplégie, iritis,* etc.

On ordonne :

Cyanure de mercure, à 1 p. 100 (en ampoules de 2 centimètres cubes ou en flacon jaune bouché à l'emeri).

Tous les jours (ou tous les deux jours, c'est-à-dire trois fois par semaine), on injecte 0 cm³ 5 le premier jour, puis 1 centimètre, parfois 1 cm. 5.

On aseptise la peau avec la teinture d'iode à l'endroit d'un tronçon de veine rectiligne bien apparent. On fait saillir la veine soit avec un lien de caoutchouc placé au-dessus, soit simplement avec le doigt. Avec la seringue armée d'une aiguille fine et courte de 25 à 30 millimètres on pique perpendiculairement la peau, puis on enfonce en escalier plan par plan et lorsqu'on est dans le tronçon veineux on pousse parallèlement à la veine ; on lève le lien compresseur, on aspire afin de vérifier que l'on est dans la veine, le sang monte dans l'embout, on peut pousser alors lentement le piston ; la crainte d'injecter une bulle d'air est chimérique.

Si le malade accuse la moindre douleur locale, il faut interrompre immédiatement l'injection, car la douleur témoigne de la fuite du médicament dans le tissu cellulaire péri-veineux. On risquerait d'avoir une nodosité et une escharre.

Le piston étant bien poussé afin de ne pas semer de solution en retirant l'aiguille, on enlève celle-ci vivement ; on appuie doucement si la piqûre saigne, on enlève avec un tampon d'alcool la large tache d'iode, on laisse sécher, et on touche l'endroit de la piqûre avec une gouttelette d'iode aussi petite que possible. Tout pansement est inutile.

Ces injections étant très actives peuvent produire quelques phénomènes d'intolérance, toujours bénins. Les premières injections peuvent produire des coliques, diarrhée et même diarrhée sanglante. Souvent, mais non toujours, l'accoutumance se fait. Rarement le malade éprouve des sensations de contraction à la gorge, de la congestion de la face, arrêt de respiration. Exceptionnellement surviennent des accidents bénins mais dramatiques : vomissement, diarrhée violente, salivation.

La série sera habituellement de dix piqûres, on peut alterner les piqûres intra-veineuses et les piqûres sous-cutanées.

Il est recommandé de faire le même jour 0, 01 de cyanure intra-veineux et 0,01 de benzoate intra-fessier. (Gaucher).

3° Injections de calomel. — Ces injections ne doivent être employées que dans des cas rares de lésions rebelles aux traitements précédents ou au début du chancre. En effet, si elles sont très actives, si le calomel est le « roi des mercuriaux », ces injections ont l'inconvénient d'être douloureuses, de laisser un foyer de sel mercuriel insoluble ; or ce foyer peut ne se résorber qu'insuffisamment, trop lentement ou au contraire à un moment donné il se solubilise trop brusquement, donnant une brusque intoxication mercurielle[1] ; il est vrai qu'avec une surveillance attentive on peut éviter ces accidents ou tout au moins les enrayer[2].

1. C'est pour cette raison qu'avec Gaucher on doit déconseiller l'huile grise. L'huile grise, qui a l'avantage d'être indolore et bien supportée, est souvent peu efficace parce que mal résorbée et surtout elle a donné des stomatites avec nécroses mortelles, avec néphrites et gangrène pulmonaire consécutive... On connaît, dit-on, 80 cas de mort au moins par l'huile grise!

2. Le calomel au gaïacoloïd qui n'est guère plus douloureux que l'huile grise et qui est beaucoup plus actif, devrait être pré-

On ordonne :

La préparation de Duret (de Paris).	Calomel à la vapeur exempt de sublimé.	0 gr. 05
	Gaïacoloïd.	0 gr. 20
	Palmitine, Q. S. pour	1 cm³.
Ou celle de Zambeletti (de Milan). . .		1 cm³ = 0,10 gr.
Ou celle de Eudlitz Lafay et Lévy-Bing		1 cm³ = 0,04 gr.

L'injection est faite intra-musculaire, loin du sciatique, (v. Pl. 1, p. 61) avec une aiguille de platine longue de 5 à 6 centimètres *vérifiée sans fuite*[1], avec toutes les précautions indiquées ci-dessus pour les sels solubles. Avec un tortillon de coton enfoncé dans le pavillon de l'aiguille, on vérifie que la pointe n'est pas dans un vaisseau. On laissera un peu d'air dans la seringue, afin de chasser avec cet air la dernière goutte d'huile contenue dans l'aiguille et ne pas l'retirer à travers le muscle et l'hypoderme en retirant l'aiguille, ce qui produirait des nodosités superficielles très douloureuses ; il ne faut pas masser la région.

(L'aiguille et la seringue seront avantageusement conservées dans un tube rempli de chloroforme.)

L'injection est de 0,05, exceptionnellement de 0,08 ou 0,10, tous les 8 à 10 jours, par séries de 4 à 6 piqûres.

4° Frictions mercurielles. — Ce procédé très ancien est excellent et sans danger : les frictions respectent les voies digestives et irritent tout au plus la peau de la région où elles sont faites. A condition d'être bien faites, ces frictions peuvent remplacer les piqûres dans tous les cas de non-urgence. Leurs seuls inconvénients sont d'être

féré à l'huile grise par les partisans des injections hebdomadaires.

1. On vérifie que l'aiguille est sans fuite en enfonçant la pointe dans un bouchon de liège dense, et on pousse le piston. On voit alors si des fuites se produisent le long de l'aiguille en essuyant l'aiguille, avec un papier de soie.

sales, impossibles à dissimuler pour un conjoint, minutieuses et longues à faire. Chez un malade minutieux c'est une méthode à employer plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici, mais chez un malade peu intelligent ou inattentif la méthode n'est pas à recommander. Le reproche qu'on leur a fait de ne pas permettre le dosage du mercure absorbé est théorique, le fait pratique importe seul.

On ordonne :

Onguent mercuriel double du Codex français (c'est-à-dire contenant parties égales de mercure métallique et d'axonge) *fraîchement préparé* : 5 grammes[1]. Pour une cartouche n° 24.

(Des préparations spécialisées telles que les vasogènes au mercure, cartouches hydragyriques savonneuses à 50 p. 100, dont l'emploi est identique, sont plus propres, car elles sont plus faciles à enlever par un savonnage.)

Le médecin expliquera en détail le mode d'emploi et devra faire faire une friction *devant lui* afin de s'assurer que la prescription a été bien comprise.

La friction sera faite le soir *avant de se coucher*, *par le malade lui-même*, avec sa *main nue*, dépourvue de bagues (si c'est une autre personne, elle devra se ganter de caoutchouc).

La *région variera de jour en jour* : premier jour, aisselle droite et paroi thoracique ; deuxième jour, aisselle gauche; troisième jour, aîne droite, quatrième jour, aîne gauche, cinquième jour, face antérieure du coude, ou mieux face velue de l'avant-bras droit, sixième jour, avant-bras gauche, septième jour, mollet droit, huitième jour, mollet gauche et recommencer[2]. Un intervalle de 4 à 8 jours doit être

1. C'est-à-dire gros comme une noisette environ.

2. La plupart des auteurs recommandent de faire des frictions dans les régions non velues de crainte des folliculites. Gaucher a montré au contraire que l'absorption ne se faisait bien que par les follicules pileux.

laissé avant de revenir dans une région déjà frictionnée.

La cartouche est vidée par expression et son contenu est étalé sur une étendue d'une paume de main au moins et *frottée doucement* jusqu'à siccité, c'est-à-dire une vingtaine de minutes.

La friction terminée, on recouvre d'un gilet de flanelle le thorax et l'abdomen, d'une sorte de molletière ou de bas les bras et les jambes; cette flanelle sera la même pendant tout le traitement afin qu'elle soit imbibée du médicament; on maintient par une bande[1]. Le malade garde la friction toute la nuit.

Au matin seulement, le malade enlève avec de l'huile l'excès d'onguent, puis il savonne doucement la région, frictionne à l'eau tiède, la sèche et poudre avec du talc ou de l'oxyde de zinc. S'il a le temps, il aura avantage à prendre un bain sulfureux.

S'il survenait des folliculites, on les ouvrirait avec une aiguille et on les cautériserait avec la teinture d'iode.

Les frictions seront faites chaque soir en deux séries de dix à douze jours séparées par un repos de deux à quatre jours (soit 20 à 24 frictions en 22 à 28 jours). Si le traitement sulfureux (boissons et bains) est associé aux frictions, on peut élever *progressivement* et en *surveillant le malade*, les doses d'onguent mercuriel à 8, 10 grammes et même dans des cas graves rebelles jusqu'aux chiffres exceptionnels de 15 à 20 grammes en deux frictions dans la même journée.

3° Traitement par ingestion. — Ce procédé est le plus simple et le plus commode pour le malade, car il est le

1. L'imperméable, souvent recommandé, n'est pas indispensab et tient chaud.

plus rapide, le plus dissimulable aux yeux de l'entourage, le moins coûteux, le moins ennuyeux et le moins douloureux; mais, à côté de ses avantages multiples, il a deux inconvénients : 1° il est relativement peu actif et souvent insuffisant; on ne devra s'en contenter que faute de mieux lorsqu'on sera en présence de syphilis en activité; 2° il irrite plus ou moins les voies digestives et est souvent mal toléré par des muqueuses gastro-intestinales antérieurement malades.

Quatre formes sont particulièrement indiquées :

1° *Pilules de Dupuytren molles* modifiées par Gaucher :

Bichlorure de mercure pur.	0,01
Extrait thébaïque	0,01
Poudre de savon médicinal	C.10

Glycérine, Q. S. pour une grosse pilule *molle* n° 30.

Deux par jour (il est rare que le malade supporte 3 et à plus forte raison 4 pilules par jour pendant plusieurs jours sans stomatite), une à chaque repas au milieu du repas, la mâcher avec une grosse boulette de mie de pain afin de la diluer.

(Si les pilules durcissent, les ramollir en les roulant dans quelques gouttes de glycérine.)

2° *Cachets de proto-iodure* d'Alexandre Renaut :

Proto-iodure de mercure	0,05
Poudre d'opium	0,01
Lactose	0,25

Pour un cachet n° 30. Deux par jour, un à chaque repas.

3° *Solution aqueuse de lactate neutre de mercure* de Gaucher :

Lactate neutre de mercure.	1 gr.
Eau.	1000 gr.

(Cette solution qui remplace la solution classique de Van Swieten et s'emploie aux mêmes doses a l'avantage d'être insipide et très peu irritante); mais elle est délicate à préparer et ne se conserve pas au delà de deux à trois mois.

Quatre à six cuillerées à café par jour au moment des repas diluées dans de l'eau ou du lait.

4° *Sirop de Gibert* (bi-iodure de mercure, 1 gramme, et iodure de *potassium*, 50 gr. pour 2400 de sirop de sucre). — Deux cuillerées à bouche par jour.

Qu'il s'agisse de pilules, cachets ou de solution, il faut prendre la médication pendant 15 à 20 jours, arrêter cinq à dix jours et recommencer.

6° Assaut pluri-mercuriel. — M. Jacquet dans les cas rebelles et graves, préconise « l'assaut » avec « un traitement surintensif pluri-mercuriel discontinu » grâce auquel il a pu prétendre « aux merveilleux effets du 606 ». Par brèves périodes de 1 à 5 jours séparées par des intervalles de 1 à 15 jours, il administre chaque jour simultanément :

— Deux pilules de 0, 05 gr. de proto-iodure de mercure (une au milieu de chaque repas).

— Un lavement matinal de 20 gr. de liqueur de Van Swieten diluée dans 80 d'eau et additionnée de quelques gouttes de laudanum.

— Une injection de 0, 01 gr. de bi-iodure ou de benzoate de Hg.

— Une friction le soir avec 2 grammes d'onguent mercuriel double.

Il répète ces courtes séries 2, 3, 4, 5 fois, chiffre qu'il n'a pas dépassé.

Traitements dissimulés. Malades indociles. — Il n'est pas rare en pratique qu'un malade inintelligent se refuse au traitement mercuriel malgré toute l'argumentation du médecin. D'autres fois le praticien est obligé de dissimuler le traitement mercuriel, que le malade accepte, mais qu'il veut cacher à son entourage. Parfois encore il faut, avec la complicité d'une personne de la famille[1], traiter un conjoint, un enfant syphilitique sans qu'il s'en doute, etc. Il est donc utile au praticien de connaître les traitements antisyphilitiques dissimulés.

Si le malade accepte des injections, il est facile en enlevant l'étiquette du flacon ou de la boîte d'ampoules d'intituler les sels mercuriels : cacodylate de soude, sérum, etc.

Si le malade ne veut que des médicaments à prendre par la bouche, les spécialités à noms déguisés ne manquent pas : lactate d'hydrargyre, hectargyre, pilules d'Hermal, cachets phagospir, élixir aux tannates doubles de quinine et de métal arsenié, etc., etc.

On peut encore donner du calomel :

Calomel	0,05 gr.
Lactose.	0,50

Pour un paquet, en prendre 2 par jour, un matin et soir dans un verre d'eau sous prétexte d'état gastro-intestinal et hépatique.

On peut employer aussi des suppositoires d'Audry : 0,02 à 0,04 de mercure métallique mélangé à une quantité suffisante de beurre de cacao; un à deux par jour. (Les lavements de solution au mercure sont habituellement mal supportés, donc peu recommandables.)

1. Nous sommes d'avis de toujours dire la nature de la maladie au malade ou tout au moins à la personne responsable (mari contaminateur, femme contaminatrice, etc.) (voir p. 22).

Le médecin a droit d'employer toutes les ruses pour appliquer un traitement antisyphilitique, puisqu'il sait que ce traitement surveillé est inoffensif et qu'au contraire la syphilis non traitée peut être très dangereuse et pour le malade et pour son entourage et pour sa descendance.

***

ACCIDENTS DU TRAITEMENT MERCURIEL : LEUR TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF.

1° Tantôt ces accidents surviennent au point de pénétration du mercure : nodosités douloureuses, abcès et même phlegmons consécutifs aux injections sous-cutanées, musculaires et intraveineuses[1], — érythèmes et folliculites des frictions — gastro-entérite des pilules, des cachets et solutions, etc. Ces accidents sont faciles à enrayer dès le début en variant les préparations et le mode d'administration, en suivant les précautions techniques ci-dessus indiquées.

2° Tantôt les accidents résultent de l'intoxication et de l'élimination mercurielle. *Le médecin en prenant les précautions préalables* indiquées p. 50 *et le malade en prenant les soins* détaillés p. 52 *les éviteront presque toutes.*

Une surveillance de chaque jour par le malade lui-même prévenu et éduqué, un examen minutieux de la bouche par le médecin, à chaque visite, permettront de les enrayer dès leur début. L'emploi judicieux des doses et des sels solubles éviteront les intoxications graves d'autrefois dues à des doses inconsidérées et aux préparations insolubles.

L'accident le plus fréquent est la *stomatite* avec ptyalisme. La stomatite d'alarme, c'est-à-dire débutante, doit être

1. Le meilleur traitement des nodosités douloureuses et enflammées est le pansement humide nocturne ou même diurne maintenu par un caleçon de bain serré.

recherchée en quatre points : 1° autour, en arrière et en dehors de la dernière grosse molaire, surtout du côté sur lequel le malade a l'habitude de se coucher, la gencive se décolle et même s'ulcère; 2° à la sertissure des incisives inférieures, le liseré gingival s'ulcère, est rouge, souvent grisâtre purulent; 3° autour des dents malades : la gencive se tuméfie, rougit, s'endolorit, se décolle puis s'ulcère; 4° sur la face interne de la joue en regard des dents malades : la muqueuse rougit et s'ulcère. Les « stomatites historiques » avec gangrène de la muqueuse, exsudat pseudo-membraneux, nécrose du maxillaire, fièvre puis septicémie généralisée ou broncho-pneumonie de déglutition, ne s'observent plus qu'après les injections de préparations insolubles.

Le traitement prophylactique consiste dans l'hygiène buccale indiquée (p. 54), dans la graduation des doses de sels solubles, dans « l'iodage » des gencives suspectes (p. 51).

Le traitement curatif des cas habituels comprend : la suspension du traitement mercuriel; les lavages fréquents, toutes les deux heures, par exemple avec une grande quantité de solution antiseptique chaude : chlorate de potasse, et eau oxygénée alternés, etc.; l'attouchement des gencives tuméfiées et des ulcérations avec la teinture d'iode ou avec une solution hydro-alcoolique de bleu de méthylène saturée; mieux encore, pansement des ulcérations avec un tampon d'ouate imbibé de glycérine et roulé dans la poudre de 606 ou avec la mixture : glycérine 8, salvarsan 0 gr. 20. La reprise du traitement devra être progressivement et prudemment graduée.

Le traitement des stomatites graves comprend, outre les soins précédents : le nettoyage des ulcérations pseudo-membraneuses avec du naphtol camphré, l'injection intraveineuse de 606 qui a combattu avec succès dans plusieurs cas l'infection surajoutée à la stomatite toxique. On pourra

tenter l'ablation chirurgicale des nodosités intra-fessières de mercure repérées par la palpation ou par la radioscopie.

3° Les autres accidents, plus rares, sont dus avant tout à *l'élimination du mercure par les émonctoires gastro-intestinal, cutané, rénal* : — troubles gastriques et vomissements, diarrhée douloureuse, parfois même sanglante, profuse, exceptionnellement gangréneuse; — érythèmes cutanés scarlatiniformes localisés aux plis articulaires surtout à la région inguinale, parfois érythème rubéoliforme, rarement erythème polymorphe desquamatif, exceptionnellement dermatite exfoliatrice; — oligurie et albuminurie sur un rein déjà malade, pouvant aller jusqu'à l'urémie. Ces accidents d'élimination sont le plus souvent bénins lorsque le malade est surveillé et traité par des sels solubles; ils sont, exceptionnellement, graves, surtout par la faute des sels insolubles qui ne permettent pas d'arrêter immédiatement l'apport du toxique.

Le traitement prophylactique est donc simple (v. p. 51, 52 et p. 53), le traitement curatif est celui de toutes les intoxications : — supprimer l'apport de nouvelles doses de mercure, et même tenter d'enlever chirurgicalement les nodules d'huile grise ou de calomel en s'aidant de la radioscopie pour les localiser; — faciliter l'élimination par le régime lacté, des boissons abondantes; — donner prudemment, et seulement si l'intoxication n'est pas momentanément brutale, des dissolvants du mercure : eaux sulfureuses; — ajouter un traitement symptomatique de chaque localisation, qui ne contrarie pas toutefois l'effort éliminateur de l'organisme : c'est ainsi qu'il faut jusqu'à un certain point respecter la diarrhée. Une pâte à l'oxyde de zinc combattra l'érythème; le regime lacté, le repos, la théobromine atténueront l'insuffisance rénale.

4° L'ingestion prolongée de préparations mercurielles peut donner une gastrite médicamenteuse souvent sérieuse (Hayem), danger dont il faudra se souvenir dans le traite-

ment de sûreté des syphilis latentes. On a encore accusé un traitement trop énergique de déterminer de l'amaigrissement et de la fatigue.

En résumé on voit qu'il est facile de prévenir ces accidents, or suivant le vieil adage, mieux vaut prévenir que guérir.

II. — IODURES

Les iodures de potassium, de sodium... (et s'ils sont mal tolérés, les succédanés iodiques, malheureusement beaucoup moins efficaces) sont de précieux adjuvants du traitement mercuriel à toutes les périodes de la syphilis. Les iodures sont des *résolutifs*, ils n'agissent que contre les accidents et semblent inutiles dans le traitement de la syphilis silencieuse latente.

Indications. — La vieille idée que l'iodure est le médicament de la période tertiaire à l'exclusion du mercure doit être remplacée par les deux principes suivants :

L'IODURE DOIT TOUJOURS ÊTRE ASSOCIÉ AU MERCURE, sauf exception due à l'intolérance du mercure.

L'IODURE DOIT ÊTRE EMPLOYÉ A TOUTES LES PÉRIODES DE LA SYPHILIS, *dès le chancre et la période secondaire, et non seulement à la période tertiaire,* TOUTES LES FOIS QU'IL EXISTE DES SYPHILIDES INFILTRÉES OU PHAGÉDÉNIQUES *dont on veut obtenir la résolution.*

On l'emploiera donc non seulement dans les accidents tertiaires, mais dans les *chancres longs à se résoudre*, dans les *chancres graves, exubérants, térébrants, phagédéniques*, dans les *syphilis secondaires cutanées, papuleuses, tubéreuses*, dans les *plaques muqueuses papulo-hypertrophiques*, dans les *ostéites, céphalée*, dans les SYPHILIS

MALIGNES où il fait merveille, dans les *artérites* cérébrales ou autres..., etc.

Contre-indications. — L'iodure étant congestionnant et hémorragipare est contre-indiqué :

Chez les malades porteurs de lésions laryngées quelles qu'elles soient, syphilitiques ou non, car on a pu observer de l'œdème de la glotte ;

Chez les tuberculeux congestifs, car on risque une activation des foyers et même l'hémoptysie ; mais chez les tuberculeux latents ou fibreux, chez les syphilitiques pulmonaires, on peut tenter l'iodure en commençant par des doses prudentes, car l'iodure réussit très bien dans la syphilis pulmonaire ;

Chez les néphrétiques aigus et sub-aigus dont les urines sont foncées, peu abondantes avec un rapport azoturique faible. Au contraire lorsque les urines sont claires, abondantes avec un rapport azoturique normal, l'iodure peut être très utile, et dans la dégénérescence amyloïde il est le médicament de choix (GAUCHER) ; chez les néphrétiques chroniques, de petites doses d'iodure de *sodium* sont utiles (POTAIN) à condition d'être tolérées, c'est-à-dire de ne pas augmenter l'albuminurie ;

Chez tous les malades susceptibles d'avoir des hémorragies graves : hémorragies rétiniennes, etc.;

Enfin certains malades présentent une véritable idiosyncrasie à l'iodure. La première fois que l'on ordonne l'iodure on doit donc tâter la susceptibilité du sujet en ne donnant que 0 gr. 10.

Technique. — Il est préférable de donner l'iodure et le mercure séparément au lieu de les réunir dans une même potion. On ordonne :

Iodure de potassium purifié.	50 gr.
Eau distillée Q. S., pour.	500 gr.
(Une cuillerée à café égale.	0 gr. 50)

Ou

KI	50 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères.	500 —
(Une cuillerée à café égale	0 gr. 50)

Verser une cuillerée à café dans un verre d'eau alcaline (Vichy Célestins), ou de *lait*.

Ou

Sirop de gentiane.	
— de quinquina.	àà 330 cm³
— d'écorces d'oranges amères	
KI.	60 grammes.
Tartrate de fer ammoniacal	18 —
(Une cuillerée à café égale.	0 gr. 30 d'iodure).

Ou

Sirop de salsepareille.	1000 grammes.
KI.	60 —
(Une cuillerée à café égale.	0 gr. 30)

A prendre par cuillerées, c'est-à-dire à *doses petites*, *fractionnées*, multiples dans une même journée [1].

Le mode d'administration, que je trouve le plus agréable après les avoir goûtés tous (voir *Journal des Praticiens*, 1911, n° 19 et 23) est le suivant :

Je fais préparer :

1° KI purifié.	100 grammes
Eau distillée.	500 —
2° Teinture d'oranges amères . .	125 —

Le matin faire dissoudre dans un grand verre d'eau plusieurs morceaux de sucre, ajouter autant de cuillerées à

1. Les anciens maîtres, Ricord, etc., aimaient prescrire des dépuratifs végétaux aux syphilitiques, notamment la salsepareille. Peut-être avons nous tort de ne plus les imiter. Guibout recommandait l'emploi de l'essence concentrée de salsepareille. — Fontaine alcaline-iodurée.

café de la solution iodurée que l'on doit prendre de grammes d'iodure, puis verser trois cuillerées à café de teinture d'oranges amères. Boire cette potion ainsi préparée dans le courant de la journée à petites doses.

La dose la plus habituelle est de 2 grammes par jour, parfois 3 et 4, exceptionnellement 5 grammes, que l'on atteindra progressivement en augmentant chaque jour de 0 gr. 25 à partir de 2 grammes.

Si l'iodure est mal toléré (coryza, gêne pharyngée, etc.) on essaiera les prescriptions suivantes :

— Faire ingérer après l'iodure une cuillerée à bouche de sirop iodo-tannique.

— Boire, aux repas, du *lait* ou de l'eau de Vichy, en y ajoutant de 8 à 10 grammes de bicarbonate de soude par jour.

— Associer à l'iodure la teinture de scille, XXV gouttes par jour (ou des pillules scillitiques) ou mieux la *belladone*, par exemple :

Teinture de belladone	LX gouttes
Eau, Q. S. pour	100 cm³
KI.	10 grammes.

(Une cuillerée à café contient 0 gr. 50 d'iodure.)

— Donner l'iodure en lavement, méthode que nous recommandons vivement. Le soir, après un lavement évacuateur à l'eau bouillie, le malade prendra le lavement médicamenteux suivant qu'il conservera le plus longtemps possible :

KI.	2 grammes.
Eau.	60 —
Laudanum de Sydenham.	IV gouttes.

— Remplacer l'iodure de potassium par l'iodure de fer : 1 gramme à 1 gr. 50 par jour.

Si malgré ces artifices, l'iodure n'est pas toléré, et que l'on croie utile cependant de tenter un traitement iodé, on ordonnera les succédanés iodiques : iodomaïsine en ingestion 8, 12, 30 pilules par jour; — lipiodol en injections intramusculaires 5 cm³ deux fois par semaine (ne pas flamber l'aiguille).

Le traitement ioduré est donné le plus souvent parallèlement au traitement mercuriel et pendant la même durée, par exemple : 20 jours de mercure et d'iodure, 10 jours de repos et recommencer. Parfois on le fait alterner avec les séries mercurielles, par exemple, une série de 10 piqûres, 10 jours d'iodure, 10 jours de repos et reprendre.

III. — ARSENICAUX ASSOCIÉS AU TRAITEMENT MERCURIEL : CACODYLATE ET ARRHÉNAL HECTINE ET HECTARGYRE SALICYLARSINATE DE MERCURE

C'est au savant français A. Gautier que l'on doit la découverte des arsenicaux organiques, leur application médicale et la démonstration de leur pouvoir antisyphilitique. L'association des arsenicaux au traitement mercuriel peut être utilisée dans les cures habituelles, mais elle est surtout *indiquée dans les syphilis graves, anémiantes, cachectisantes et dans les syphilis viscérales.*

1. — Le **cacodylate de soude** et l'**arrhénal** ont été préconisés par Gautier :

Des doses *progressivement* élevées de cacodylate de soude ou d'arrhénal, 0,06, 0,08, 0,10, 0,12, 0,14, 0,16, 0,18, jusqu'à 0,60 et même 0,80 par jour (Danlos), associées au mercure

peuvent rendre les plus grands services, arrêter des lésions nerveuses rétiniennes graves, rebelles au mercure employé seul (A. Gautier).

II. L'**hectine** (benzosulfone-paraaminophénylarsinate de sodium) découverte par Mouneyrat est un *excellent médicament de complément.*

L'hectine a l'avantage de se faire en injections intra-musculaires qui sont faciles[1], d'être indolore, de n'être pas toxique et de ne comporter aucun danger. Des troubles oculaires (brouillards) ou auriculaires (bourdonnements), notés par exception (Gaucher et Guggenheim), n'ont pas de gravité et disparaissent après cessation du médicament, si l'on suspend le traitement dès les premiers troubles. Les seules contre-indications sont une lésion ancienne de l'oreille, du fond de l'œil avec altération du nerf optique et la néphrite.

Le mode le plus actif est l'injection musculaire de 0 gr. 10, (ampoules A) ou mieux de 0 gr. 20 (ampoules B) par séries de 10. Les deux premières injections seront faites tous les deux jours, les suivantes seront quotidiennes[2]. L'injection combinée d'hectine seule et de benzoate de mercure seul en deux points différents le même jour nous semble un bon mode de traitement, plus actif que l'injection du produit de combinaison du mercure et de l'hectine appelé hectagyre[3].

1. L'hectine est encore préparée sous forme de pilules de 0 gr. 10 deux pilules par jour pendant 12 à 15 jours) et de solution aqueuse (XX gouttes soit 0 gr. 05, à chaque repas pendant les 4 premiers jours, XXV et XXX, XXXV, XL gouttes à chaque repas les jours suivants, une série durant quinze jours).

2. Les ampoules d'hectine doivent être conservées à l'obscurité Dans une bonne ampoule, le liquide n'a pas jauni et n'a pas déposé de petits cristaux dans l'effilure du tube.

3. L'hectagyre est préparée sous forme de solutions injec-

L'hectine doit être adjointe au mercure chaque fois que l'on veut en *renforcer l'action* (syphilides ulcéreuses) et surtout si le malade est amaigri, si *l'état général a besoin d'être remonté.*

L'hectine peut être employée seule pendant que l'on prépare la bouche du malade, avant de recevoir le traitement mercuriel, ou *lorsque une stomatite force à interrompre le mercure,* ou *dans les périodes intercalaires entre les séries mercurielles* dans un traitement très actif.

Dans le traitement de sûreté de la syphilis latente, les séries d'injections mercurielles peuvent alterner avec des séries d'hectagyre, pilules ou gouttes à prendre par la bouche :

Pilules d'hectagyre

Hectine	0,10
Proto-iodure de mercure	0,05
Extrait thébaïque	0,01

Deux pilules par jour pendant 15 jours.

Ou :

Gouttes d'hectagyre

(XX gouttes = 0, 05 d'hectine et 0, 01 de bi-iodure de mercure).

Prendre à chacun des deux grands repas XX gouttes, en augmentant de jour en jour : XXV, XXX, pendant 15 jours.

III. Le **salicylarsinate de mercure** (« Enésol ») est une heureuse combinaison mercurielle et arsenicale.

On ordonne : solution aqueuse à 3 p. 100 répartie en ampoules de 2 ou de 5 centimètres cubes.

tables : ampoule A (1 centimètre cube contient 0 gr. 10 d'hectine, 0 gr. 01 de mercure). Ampoule B (1 centimètre cube contient 0 gr. 20 d'hectine, 0 gr. 15 de mercure).

On injecte dans les muscles fessiers 2 cm³ chaque jour, soit 0,06 pendant 20 jours ; ou 4 à 6 centimètres cubes, soit 0,12 à 0,18, tous les deux ou trois jours, jusqu'à concurrence de la dose totale de 1 gr. 50 ; on interrompt 8 jours et on reprend le traitement, s'il y a lieu[1].

Dans certains cas urgents, si le rein est parfaitement perméable, on n'hésitera pas à atteindre 0,09 et même 0,12 en injection quotidienne pendant plusieurs jours, en surveillant le malade[2].

1. La conservation du produit est théoriquement indéfinie. S'il s'est déposé de petits cristaux dans l'ampoule, il suffit de la faire chauffer légèrement.

2. Thorel recommande les injections intra-veineuses de 2 à 5 centimètres cubes.

CHAPITRE VI

TRAITEMENTS NOUVEAUX DE LA SYPHILIS

PAR LES

PRÉPARATIONS DE 606 ET 914 D'EHRLICH, 1116 ET 1151 DE MOUNEYRAT

Les médicaments : 606 et 914, — 1116 et 1151, p. 83.
Indications p. 85 : Les deux courants opposés, nos conclusions, p. 88.
Contre-indications : Difficulté de se faire une opinion, p. 90.
Choix de la méthode d'injection : Injection intra-veineuse, intra-rectale, intra-musculaire? p. 92.
Choix des doses, p. 93 : trois méthodes : I. Fortes doses dans le temps le plus court; II. Doses faibles répétées; III. Doses de début faibles, progressivement et rapidement croissantes, aboutissant à des doses fortes. Résumé p. 95 et surveillance du malade : les signes d'intolérance p. 97.
Injections intra-veineuses. Matériel : A. Préparation de la solution de 606 *ou* de 914 diluée, p. 100 ; préparation de l'appareil injecteur p. 101 — B. Préparation de la solution aqueuse concentrée de 914, p. 99 — C. Préparation du malade, p. 105 — D. Injections, p. 106; 1° position du malade, p. 106; 2° nettoyage de la peau, p. 106; 3° mise en évidence des veines, p. 106; 4° choix de la veine, p. 106; 5° désinfection de l'opérateur, p. 109; 6° et 7° préparatifs immédiats, p. 109; 8° ponction de la veine, p. 109; 9° écoulement du liquide, p. 111; 10° chasse du résidu médicamenteux et lavage de la veine, p. 112; 11° pansement,

p. 112 — E. Soins consécutifs, p. 113 — F. Réactions après l'injection, p. 113
Injections rectales, p. 114.
Injections intra-musculaires de 606 ou de 914 en suspension huileuse, p. 115.
Accidents bénins et graves, p. 120. Pathogénie et discussions, p. 125.
Les morts par 606 et 914, p. 128.
Efficacité : Les récidives, p. 132.
Traitements locaux, mercuriels et arsenicaux, adjuvants, p. 134.
Conclusions, p. 136.

Les médicaments. Ehrlich a préconisé le 606 et le 914.

— *606*. — Le 606 ou dichlorhydrate de dioxydiamidoarsénobenzol (salvarsan) est soluble dans l'eau, donnant une solution acide; il est insoluble en solution neutre et précipite; il se redissout par alcanisation. Il s'emploie :

— 1° En injections intra-veineuses :

En solution aqueuse neutralisée par la soude et peu alcaline diluée de 3 cm³ d'eau salée pour 0 gr. 01;

En solution hyperalcaline;

En solution dans l'eau pure (solution acide de Duhot) dilué de 6 cm³ d'eau salee pour 0 gr. 01.

— 2° En injections rectales, en solution alcaline.

— 3° En injections locales intra-musculaires :

En suspension aqueuse, après centrifugation (Wechselmann);

En solution alcalinisée (Alt);

En solution dans l'eau pure ou solution acide (Duhot);

En solution huileuse (Volk et Kromayer).

Le traitement local a été tenté sans grand succès.

— *914*. — Le 914 ou combinaison de l'arsénobenzol avec le formaldéhyde sulfoxylate de soude a l'avantage d'être moins toxique que le 606, plus rapidement éliminé, plus actif et mieux supporté (neosalvarsan); la solution est plus facile à préparer que celle du 606, car sa solution dans l'eau

froide ou l'eau salée, est neutre : il n'y a donc plus de manipulations.

Ces qualités doivent le faire substituer au 606, pourtant certains reprochent au 914 de se décomposer facilement en corps toxiques par contact avec l'air et, dit-on, par la chaleur, etc... ; *aussi beaucoup reviennent ils à l'ancien 606*. Il faut encore remarquer que la réaction de Herxheimer serait plus forte qu'avec le 606, ce qui souvent est un sérieux inconvénient, aussi certains font-ils succéder 914 et 606, en commençant par le 606.

Le 914 s'emploie :

— 1° En injection intra-veineuse, soit dilué en solution dans l'eau pure distillée ou mieux dans l'eau salée à 4 p. 100 en utilisant le même appareil que pour le 606 ; soit en solution concentrée dans l'eau distillée en utilisant une seringue ordinaire de 20 cm^3 ;

— 2° En injections intra-rectales en simple solution dans l'eau distillée ;

— 3° En injections locales intra-musculaires ; soit en solution dans l'eau salée ; soit en suspension huileuse (précédées ou non d'injections anesthésiantes).

Le 914 s'emploie à dose une fois et demie plus forte que le 606, par exemple ; 0,45 de 914 équivalent à 0 gr. 30 de 606.

Mouneyrat a préparé le 1116 (Galyl) et le 1151 (Ludyl), produits solubles dans une solution aqueuse de carbonate de soude pur et sec à 12 grammes p. 1000 ; ces solutions ont l'avantage d'être stables et peuvent par conséquent être livrées solubilisées au praticien ; on les emploie à la dose de 0,48 à 0,55 pour un adulte (soit 0 gr. 008 par kilogramme). Le galyl aurait sur le 606 et le 914 le grand avantage de n'être pas congestionnant ; on peut donc espérer qu'avec lui on pourra éviter les accidents précoces méningo-encéphaliques.

*
* *

Indications. — C'est là une question qui passionne le monde médical depuis trois ans et qui réunit encore aujourd'hui les avis les plus contraires.

C'est qu'en effet on subit deux impressions opposées : la première, excellente; on est frappé de la merveilleuse rapidité des guérisons que donne le 606, de l'extinction des syphilis actives avec disparition de tous les symptômes et Wassermann négatif; — la seconde, déconcertante; on est atterré des accidents et des morts partout publiés! Si on ne voit que la rapidité de guérison et si on néglige les rares cas malheureux, on est partisan du 606, à toutes les périodes de la syphilis; mais si l'on songe aux accidents, si l'on réfléchit que la rapidité de guérison des accidents ne signifie nullement guérison de la maladie, si l'on se souvient de la fréquence des récidives on se montre plus prudent, on ne devient pas pour cela un adversaire du 606, mais on le réserve à certains cas seulement.

Le temps a accumulé assez d'observations pour qu'il soit facile de se faire maintenant un jugement au moins provisoire.

Il est tout d'abord un certain nombre de faits acquis :

— La stérilisation de la syphilis (thérapia stérilisans magna) n'a pu être obtenue avec une ou deux doses massives.

— Les récidives sont fréquentes après 1, 2, 3 injections de 606.

(Le médicament n'a donc pas l'activité qu'on avait proclamée au début.)

— Les observations d'accidents, les cas de morts publiés sont nombreux.

(Le médicament n'a donc pas l'innocuité qu'on avait dite.)

Les partisans du 606 répondent que ces insuccès et ces

accidents sont la rançon d'une période d'essai : 1° ils croient qu'avec une technique plus exacte comprenant des doses progressivement croissantes et répétées, on obtient la stérilisation de la syphilis, la suppression de récidives cliniques et sérologiques ; 2° ils assurent que des praticiens plus prudents, avertis par les leçons de l'expérience, éviteront tout accident et à plus forte raison les morts.

Est-ce vrai ? on nous a tant promis et on nous a tant déçu que notre devoir est d'attendre encore les faits avant d'accepter l'exactitude de ces deux propositions.

— Est-il exact d'abord qu'en sachant mieux graduer les doses et en les répétant, la stérilisation de la syphilis sera obtenue ? On a déjà cité des faits contraires à cette assertion : des malade traités par trois injections et plus ont récidivé. On répondra que ces faits de récidive après plusieurs injections de 606 sont exceptionnels, qu'il est plus facile d'obtenir l'extinction de la syphilis avec le 606 qu'avec le mercure, qu'il suffit de suivre les malades et de répéter 8, 10, 12 fois s'il le faut les injections de 606 : j'y veux bien souscrire mais cette répétition des doses est une grande complication, une charge onéreuse, très onéreuse pour le malade, une multiplication des chances d'accidents. Depuis deux ans on a augmenté le nombre des injections presque de mois en mois : une seule devait guérir au début, puis ce fut 3, 4 ; on en préconise maintenant 8, 10, 12, etc., où s'arrêtera-t-on ? en fera-t-on autant que de piqûres mercurielles ? Peu importe, dira-t-on, la perte de temps pour le malade et le médecin, peu importe le prix du traitement eu égard au résultat : la guérison de la syphilis. Mais, précisément, c'est de ce résultat dont je doute encore et tant d'efforts ne donneront-ils pas le même pourcentage de récidives, plus ou moins tardives, que le simple traitement mercuriel, plus facile et moins coûteux.

— Est-il exact ensuite que la technique actuelle plus avertie, plus prudente, mettra à l'abri des accidents. Il est per-

mis d'en douter. Depuis deux ans, on nous fait cette promesse et des accidents répétés viennent la démentir, on est ainsi tombé de 0, 80, la dose du début, à 0, 60, puis des cas de morts avec 0,60, nous ont amené à 0,50 ; des morts avec 0, 50 ont fait abaisser à 0, 40 ; il est encore mort des malades, on a recommandé 0, 30 ; or cette dose est parfois mortelle ! On nous a promis que le 914 mettrait à l'abri des accidents du 606, or plusieurs cas de mort par le 914 sont déjà connus ! Que croire ? Je ne suis pas sûr que la technique inoffensive soit trouvée. Les « prudentes techniques » n'ont-elles pas été inoffensives, elles aussi, jusqu'à l'accident fatal ? et l'on finit par avouer que ces accidents sont dus à une idiosyncrasie. Mais peut-on découvrir cette idiosyncrasie ? On peut en douter, car des malades sont morts lors d'une deuxième injection, après avoir bien supporté une première injection qui aurait dû mettre en lumière cette idiosyncrasie.

En un mot deux courants d'opinions différents se partagent les médecins :

Les uns, avec Ehrlich, Neisser, prenant acte des nouvelles promesses et pleins de confiance, soumettent leurs malades à des injections répétées : 4, 6, 8, 12, etc., difficiles et coûteuses. Ils espèrent échapper aux accidents que d'autres ont eus ou qu'ils ont eus eux-mêmes ; ou bien ils négligent les morts pensant qu'un accident, une mort, sont le risque de toute médication puissante. Ils donnent donc comme indications du 606 et du 914 presque tous les cas de syphilis.

Les autres, avec Gaucher, sont loin d'être certains que la répétition des doses évitera les récidives et ils doutent que des accidents nouveaux ne se produisent pas puisqu'ils en voient se produire. Ils n'oublient pas surtout que plusieurs morts se sont produites de façon imprévue chez des malades sans tare. Ils se demandent donc s'il est prudent « pour un succès incertain, de faire courir au malade des risques

certains » et ils croient que cette imprudence n'est pas excusable. Ils réservent le 606 à des cas d'exception. Ils continuent à faire du traitement mercuriel le traitement de fond facile et inoffensif de la syphilis.

Toute la question est là, et nous la posons à chaque médecin : a-t-on le droit de faire courir des risques d'accidents et même de mort, si minimes soient-ils, à un malade, de lui imposer un traitement long et onéreux, pour obtenir un résultat qui ne peut être garanti ?

En résumé, voici quelle est ma ligne de conduite (conforme à celle du professeur Gaucher, sauf en ce qui concerne le début de la syphilis et les indications facultatives).

I. **Le traitement mercuriel reste le traitement habituel de la syphilis, le traitement de fond.**

II. **Le « 606 » et le « 914 » le « 1116 »ne doivent être employés que dans certains cas de syphilis :** *dans :*

1°) *Les syphilis résistant à un traitement mercuriel et ioduré bien appliqué, surtout les lésions ulcéreuses.*

2°) *Les syphilides récidivant sans cesse malgré les cures mercurielles répétées.*

3°) *Les syphilis malignes :* on l'utilisera *d'emblée ou après qu'un court traitement mercuriel et ioduré de 8 jours s'est montré peu ou pas efficace.*

4°) *Les syphilis actives dangereuses qui ne peuvent attendre, et qu'une stomatite empêche de traiter par le mercure.*

5°) *Les syphilitiques qui présentent une intolérance spéciale au mercure.*

6°) *Les syphilis tout au début du chancre bien* **avant la roséole**, *quand on peut espérer éteindre l'infection.*

C'est en effet le moment où on doit tenter un traitement

énergique et c'est le moment où le 606 est le moins dangereux, parce que la syphilis n'a pas encore envahi les centres nerveux et pourtant le malade Queyrat mort après 606 avait un chancre datant de 10 jours. (Cette indication est donc donnée jusqu'à preuve du contraire.)

7°) Facultativement et *par raison de protection sociale*, on pourra faire du 606 à certains syphilitiques porteurs d'accidents multiples affichants ou de plaques muqueuses *contagieuses* : mari dont la femme n'est pas syphilitique ; prostituée ; malade voyageant ne pouvant subir un traitement assidu. etc.

8° Facultativement, *les syphilides généralisées ou localisées graves*. On fait une seule injection arsenicale pour aller plus vite après cinq à six jours d'injections de sels mercuriels solubles. Le 606 est en effet un excellent moyen de « dégrossir » un malade très infecté ; une seule injection suffit et on continue le traitement mercuriel.

III. Il faut prévenir les malades que les injections de 606, pour être *plus rapidement* actives que les préparations mercurielles, **ne les mettent pas à l'abri des récidives ; il faut suivre un traitement mercuriel complémentaire** et *c'est faute de cette recommandation que des contagions ont été inconsciemment commises*.

IV. Le mercure doit être associé aux arsenicaux dans tous les cas où cette combinaison n'est pas contre-indiquée.

Telles sont les indications prudentes qui, croyons-nous, répondent le mieux aux intérêts des malades.

En pratique, certains malades réclament le 606 et cherchent à l'imposer au médecin ; il est du devoir du praticien de montrer au malade les risques qu'il court,

« le revers de la médaille », suivant l'expression de Drew. Le médecin qui croirait décharger sa responsabilité en faisant signer un papier au malade se tromperait : les tribunaux français, dans des cas analogues, ont pris cette décharge à la charge du médecin, lui reprochant d'avoir appliqué un traitement que lui, médecin, savait dangereux, puisque précisément il avait fait signer une décharge au malade.

***

Contre-indications. — Suivant la hardiesse des auteurs, les contre-indications sont plus ou moins nombreuses. Au début Ehrlich refusait le 606 :

A tous les malades cachectiques, aux cancéreux malades atteint d'anémie pernicieuse, de maladie d'Addison, d'« état thymico-lymphatique », etc. ;

Aux sujets à tendance hémorragique : porteurs d'ulcère d'estomac, hémiplégiques par hémorragie cérébrale, tuberculeux congestifs à hémoptysies, sujets à « capillaires fragiles » (Neisser).

Aux cardiaques : aortiques, anévrysmatiques, angineux et surtout aux myocarditiques.

Aux vieillards artério-scléreux (certains auteurs refusent le 606 aux malades ayant dépassé la cinquantaine, car ils ont observé des hémorragies cérébrales) (Brocq et Le Blaye).

Aux albuminuriques, aux hépatiques, aux diabétiques.

Aux nerveux avancés, surtout aux paralytiques généraux cachectiques.

Aux malades atteints de lésions oculaires, auriculaires.

Aux femmes enceintes.

Neisser se méfie tout spécialement des alcooliques.

Mais d'autres auteurs, au contraire, pensent que par

la méthode des très petites doses, surveillées et répétées prudemment, on peut améliorer certains de ces malades.

Hudelo, Milian, Widal et Javal ont publié des cas de *néphrite syphilitique* heureusement modifiés.

La néphrite syphilitique ne serait donc pas pour eux une contre-indication, à condition que le rein soit encore suffisamment perméable, et que l'on fasse de très petites doses.

On juge que la perméabilité rénale est suffisante par le rapport azoturique supérieur à 80, et l'absence de rétention chlorurée. Le malade doit être suivi chaque jour et le traitement ne sera continué que si l'injection précédente a eu un heureux effet. Milian cite par exemple un homme atteint de néphrite syphilitique avec 13 grammes d'albumine; une première injection intra-musculaire et intra-veineuse de 0 gr. 10 fit diminuer l'albuminurie de 13 à 8, une deuxième injection de 0 gr. 10 fut faite quatre jours après, l'albumine descend à 6 grammes; une troisième injection intra-veineuse de 0 gr. 10 fut faite quatre jours après, l'albumine descend à 0 gr. 50.

Des malades atteints de céphalée rebelle, de syphilis cérébrale à forme de paralysie générale, à forme épileptique, d'hémiplégie avec ou sans aphasie, de paraplégie, de tabes, de paralysie générale, ont été améliorés lorsque les lésions n'étaient pas trop anciennes, et la marche de l'affection a pu être arrêtée. Mais que d'insuccès!

D'après Ehrlich, dans plusieurs cas qui lui ont été communiqués, la névrite optique, la neuro-rétinite, chorio-rétinite n'ont pas été aggravées, parfois elles ont été arrêtées, améliorées, même guéries. Des iritis, avec synechies rebelles au mercure, avec forte diminution de l'acuité visuelle, ont été rapidement guéris. De même des irido-cyclites, cyclites pures, irido-choroïdites, troubles du vitré, episclerites, kératites, ophtalmoplégies externes et internes (signe d'Argyll-Robertson), etc., certaines de ces observations

sont indubitables (Pierre Marie et Leri, Sicard, de La Personne). Mais que d'insuccès (Finger, etc.).

Des surdités labyrinthiques ont été considérablement améliorées, quoique de façon transitoire.

Des femmes enceintes injectées prudemment ont guéri de leurs lésions et mis au monde des enfants indemnes (Jeanselme).

*
* *

Choix de la méthode d'injection. — Quel mode adopter : injections intra-veineuse, intra-rectale, intra-musculaire ?

L'injection intra-veineuse est plus délicate et plus difficile. On ne doit la tenter que lorsqu'on a une longue habitude des ponctions de veines pour saignée à l'aiguille ou pour injections intra-veineuses de médicaments. Correctement faite, elle ne donne aucun accident local, aucune douleur, elle agit plus vite et « frappe » plus fort. Deux sortes de solutions peuvent être employées : l'une diluée de 606, 1116, 1151, l'autre concentrée de 914, plus rapide à préparer et ne nécessitant pas un injecteur spécial.

L'injection rectale de 606 est facile, non dangereuse localement, à la portée de l'opérateur le plus isolé, mais on lui a reproché d'être d'une inconstante efficacité.

L'injection intra-musculaire est facile ; mais, même bien faite, elle est souvent douloureuse et peut donner lieu à des accidents locaux. Son action est plus prolongée.

En un mot, *le praticien, habitué aux ponctions de veines, fera des injections intra-veineuses de 606 dilué (ou 116), ou de 914 en solution concentrée. Le médecin, qui n'est pas rompu à cette pratique, préférera les injections intra-rectales de 606, de 1116 ou 1151 et les injections intra-musculaires.* Enfin *pour combiner l'action*

rapide et puissante de l'injection intra-veineuse ou intra-rectale et l'action prolongée de l'injection musculaire, il fera, avec Iversen, *d'abord l'une, puis l'autre;* donc, dans le « traitement d'entretien » par les petites doses, on peut, avec Balzer, *utiliser seulement les injections huileuses intra-musculaires de 914 ou de 1151.*

Alors que l'adjonction de traitement mercuriel renforce la puissance thérapeutique du 606 ou du 914, *un traitement antérieur par l'hectine* aurait, d'après Ravaut et Weissembach, l'inconvénient de pouvoir rendre les tréponèmes arséno-résistants.

*
* *

Choix des doses. Quelle dose choisir? Cette question est encore très discutée, et tranchée en sens contraires. On est en effet influencé en deux sens opposés : frapper à hautes doses, mais risquer des accidents (1re méthode); — abaisser les doses, mais agir incomplètement, et chercher en les répétant à compenser cet inconvénient (2e méthode). — On a tenté un compromis : la méthode des doses progressives en commençant par des doses très faibles rapidement croissantes (3e méthode).

Première méthode. Fortes doses dans le plus court espace de temps, tel est le principe de cette première méthode.

Au début, lorsqu'on espérait réaliser la *therapia sterilisans magna*, on employa d'emblée jusqu'à 0 gr. 80 et même 1 gr. 10 en une fois, doses que l'on abandonna vite. La dose doit être proportionnée au poids et à la résistance du sujet. D'après ces auteurs, la dose moyenne de 606 est de 0 gr. 60 pour un homme adulte sain, de 0 gr. 40 pour une femme du poids de 60 kilogrammes.

La méthode des quatre injections de Milian, qui déjà emploie les doses progressives, comprend chez un adulte bien constitué :

1er	jour	injection	intra-veineuse	de	0,30	de 606 ou	0,45 de 914.
5e	—	—	—		0,40 à 0,50	—	0,75 —
13e	—	—	—		0,50 à 0,60	—	0,90 —
20e	—	—	—		0,50 à 0,60	—	0,90 —

(soit au total 1,80 à 2,10).

Schreiber, avec le 914, fait, le premier jour, 0 gr. 90, le troisième jour 1 gr. 20, le cinquième jour 1 gr. 35, le septième jour 1 gr. 50, soit 5 grammes en sept jours. Malheureusement ces doses trop fortes et trop rapprochées ont donné des accidents multiples : névrites, etc.

Deuxième méthode. Doses faibles, mais répétées et à intervalles rapprochés : tel est le principe de cette deuxième méthode, car, devant les accidents, on a peu à peu a baissé les doses; surtout pour les syphilitiques nerveux, pour les cachectiques, on tend à injecter des doses *faibles*, mais *répétées*.

Au début et à toutes les reprises du traitement, on commence par 0 gr. 20 et parfois moins, 0 gr. 10, 0 gr. 15, si le sujet est peu résistant. Les deuxième et troisième injections atteignent plus ou moins rapidement la dose moyenne, la plus communément admise qui est de 0 gr. 30 pour le 606, de 0 gr. 45 pour le 914. Chez des cachectiques, chez des albuminuriques, Milian a répété des doses de 0 gr. 10 sans aller au delà.

Les injections de 606 et 914 sont faites tous les huit jours, par série de 6 à 8. En raison de la rapidité d'élimination du 914, on a pu pratiquer deux injections par semaine, tous les quatre jours de 0 gr. 45 à 0 gr. 50.

Il ne faut passer à une dose supérieure à la dose précédente que lorsque celle-ci a été bien supportée.

On atteint ainsi 3 grammes de 606, 5 gr. de 914 en une

dizaine d'injections au moins; puis on laisse reposer les malades 5 à 6 semaines et on recommence si la réaction de Wassermann n'est pas négative. Il faut continuer le traitement un peu après que la réaction de Wassermann est devenue négative.

Ce traitement prolongé à des doses répétées serait le meilleur, les insuccès rapportés avec les anciennes méthodes seraient dus au trop petit nombre des injections, les injections répétées viendraient à bout même des syphilis nerveuses invétérées (?).

Troisième Méthode. Doses de début faibles, progressivement et rapidement croissantes aboutissant à des doses fortes, tel est le principe de cette méthode qui cherche à réunir les avantages de la première et de la deuxième méthode.

Elle emploie des injections hebdomadaires croissantes de 606, par exemple 0,20, 0,40, 0,50, 0,60 de de 606 (ou 0,01 par kilo), injection tous les cinq à sept jours de 914, par exemple 0,30, 0, 44, 0,60, 0, 90 (0,015 par kilo du malade); au lieu de 0,90 certains ne dépassent plus 0, 70 de 914.

On conçoit d'ailleurs qu'entre ces trois méthodes existent tous les intermédiaires.

Résumé. Choix des doses et conduite du traitement. Les auteurs les plus compétents n'étant pas d'accord, il nous a fallu longuement exposer les trois méthodes. Mais comment choisir entre tant de contradictions? L'embarras est grand. Après une étude minutieuse des observations, voici ce que nous concluons jusqu'à preuve du contraire, c'est-à-dire jusqu'à accident nouveau.

— *La première méthode des doses fortes*, par exemple les quatre injections de Milian doit être *réservée uniquement aux chancres débutants, avant la fin de la période primaire*, c'est-à-dire dans les vingt premiers jours, à une époque

où le système nerveux n'est pas envahi, donc où l'on ne risquerait pas d'intoxication nerveuse et où il faut frapper vite et fort pour essayer d'arrêter la généralisation de l'infection. Encore est-il bon d'injecter pendant cinq à six jours auparavant des sels mercuriel solubles (Ehlich) et de tâter la susceptibilité du sujet par une *première dose de 0 gr. 20 de 606 « si l'organisme est vierge d'arsenic »* (*Milian*), *de 0,30 si l'individu a déjà pris de l'arsenic; la deuxième, sept jours après, sera de 0,50; la troisième et la quatrième de* 0,60 de 606 ou de 0,90 de *914*; à intervalles de sept à huit jours pour le 606, de cinq à huit jours pour le 914.

On ne passe à une dose supérieure que si la dose précédente a été parfaitement tolérée.

Si le chancre a été traité dans les premiers jours, le traitement est terminé en quinze à vingt jours; aussi certains recommandent-ils une nouvelle série avec des doses plus faibles un peu avant le moment où devrait se produire la roséole; dans l'intervalle des deux séries, on aura fait le traitement mercuriel.

— La troisième méthode des *doses très faibles débutantes*, puis *progressivement et rapidement croissantes*, sera appliquée à tous *les cas de la fin de la période primaire*, à *tous les cas de syphilis secondaire, aux cas de syphilis tertiaire et surtout à ceux où existent des lésions nerveuses même latentes*; *un examen clinique minutieux* et souvent *une ponction lombaire préalables sont donc nécessaires*. La première dose sera de 0,10 à 0,15, la deuxième de 0,20; la troisième de 0,30; la quatrième de 0,40, etc., jusqu'à 0,60; certains n'hésitent pas à atteindre environ 0, 01 de 606 par kilo, 0,015 de 914 par kilo soit au maximum 0,60 de 606, et 0,90, de 914 (1). La rapi-

dité de progression, l'espacement des injections sont laissés au juger du clinicien[1]. Il est évident que *si les lésions guérissent avec une dose faible, il est inutile d'augmenter les doses suivantes. Le malade sera surveillé et le moindre trouble ou signe d'intolérance doit faire arrêter la progression des doses et choisir la deuxième méthode.*

— La deuxième méthode des *doses faibles et répétées s'appliquera aux syphilitiques fragiles*, aux cachectiques, aux cardio-aortiques, aux nerveux, qui t des risquenaccidents. La ou les *premières doses seront de 0,10* les doses ultérieures seront de 0,15, 0,20, 0,25, sans jamais dépasser 0,30, en se réglant sur la tolérance du sujet ; on espacera les injections de huit à dix jours. Milian a pu faire ainsi en six mois 26 injections de 0 gr. 30 à une même malade atteinte de kératite interstitielle. Dans certains cas on ne dépassera pas 0,10 (albuminuriques). *Une amélioration notable, une tolérance parfaite permettront seules d'instituer secondairement la progression de la deuxième méthode.*

Dans tous les cas où il n'y pas une contre-indication formelle, il faut faire PRÉCÉDER **et** SUIVRE **les injections de 606 ou de 914, d'injections** MERCURIELLES, car des doses faibles de 606 ou de 914 associées aux mercuriaux donnent avec moins de danger les mêmes effets que des doses fortes de 606 sans mercure. Avant et après les injections arsenicales, il est donc nécessaire de continuer le simple traitement mercuriel.

Surveillance du malade : les signes d'intolérance. — Puisqu'on ne recommence une injection et

1. On pourrait appliquer aux syphilitiques tertiaires sans lésions nerveuses la première méthode, mais nous ne le conseillons pas, car on n'est jamais sûr de l'absence de lésions nerveuses.

qu'on n'augmente les doses que si l'injection précédente a été bien supportée, il est capital de surveiller le malade et de savoir ce qu'est une injection tolérée. *Il ne faut surtout pas s'en rapporter au malade; il est indispensable de l'interroger avec insistance.*

Les frissons, la fièvre, auxquels les malades attribuent de l'importance, sont négligeables quand ils ne persistent pas le lendemain. Au contraire, la *céphalée, l'état nauséeux persistant le lendemain et à plus forte raison les jours suivants*, une *fébricule durant trois et quatre jours* doivent retenir l'attention du médecin, bien que les malades les taisent le plus souvent.

Les phénomènes d'intolérance peuvent être encore plus légers et se produire pendant ou peu après l'injection (Milian) : *sensations gustatives* (goût d'éther, goût salé, aliacé) ou *olfactives* survenant avec une rapidité remarquable au cours de l'injection, parfois dès l'écoulement des premiers centimètres cubes et s'accompagnant souvent de *ralentissement du pouls. — hypersécrétion lacrymale et nasale* se traduisant par des larmes, de « l'eau dans le nez », la « goutte au nez », un petit reniflement humide, « un rhume de cerveau *immédiat* capable de se prolonger vingt-quatre heures et davantage — parfois *hypersécrétion salivaire*, se produisant quelques minutes après l'injection et durant quelques minutes — parfois *céphalée*, brusque sensation d'angoisse abdominale et selle extrêmement pressante et diarrhée séreuse — parfois tuméfaction testiculaire... etc. Encore une fois *le médecin recherchera ces petits signes sans attendre que le malade s'en plaigne à lui.*

Devant ces « petits signes » et à plus forte raison devant les *grands signes*: crise nitritoïde, vomissements in-

coercibles, diarrhée, erythème, ictère, etc. (v. p. 121), il est prudent de s'abstenir et si l'on se croit forcé de recommencer le 606, il faudra attendre quelques jours, pendant lesquels on instituera le traitement mercuriel et ioduré(sauf contre-indications). On ne recommencera qu'en abaissant la dose [1] et en injectant préventivement de l'adrenaline (Milian)[2].

***

Technique des injections intra-veineuses

A. **Préparations des solutions aqueuses diluées de 606 ou de 914.**

Matériel : Cette technique nécessite :

Des ampoules de 606 ou de 914.

De l'eau distillée *spéciale* absolument pure, c'est-à-dire : — distillée dans des appareils « non solubles », — additionnée aussitôt de la quantité voulue de chlorure de sodium, 0,60 p. 100 pour le 606, 0,40 p. 100 pour le 914 et stérilisée le jour même de la distillation, — *non aérée*, — répartie en ampoules fermées à la lampe et aussi récente que possible[3].

1. Wechselmann, dans ces cas d'intolérance, recommande, avant de recommencer une deuxième injection, de faire une cuti-réaction avec le 606 pour juger de l'hypersensibilité, il s'abstient si cette cuti-réaction est positive.

2. Milian injecte cinq minutes avant de faire la piqûre de 606, un milligramme d'adrenaline *pure* sous la peau. Il fait six heures plus tard une deuxième injection d'un milligramme intra-musculaire et la renouvelle suivant les circonstances les jours suivants. Milian a pu supprimer ainsi les signes d'intolérance dûs à la fluxion séreuse et congestive : Céphalée... etc.

3. Beaucoup veulent de l'eau redistillée le jour même, dans des verres d'Iena. On a en effet accusé l'eau distillée vieillie et moisie et les appareils de distillation de tous les accidents du 606.

Un ballon de 300 centimètres cubes ou un flacon bouchant à émeri contenant des perles de verre, le tout stérilisé.

De la soude à 15 p. 100.

Une lampe à alcool.

Un appareil injecteur muni d'un filtre d'ouate hydrophile à sa tubulure inférieure et fermé par un bouchon protecteur d'ouate ordinaire à son extrémité supérieure; le tube est armé d'une aiguille de platine piquant bien, garnie de son mandrin; le tout stérilisé dans une boîte fermant aseptiquement.

Un lit.

De la teinture d'iode et du coton hydrophile stérile, de l'alcool, des compresses et une bande.

Un lien de caoutchouc et une pince hémostatique.

Le cas échéant, un bistouri, une pince à disséquer, une sonde cannelée, une aiguille courbe et du fil de lin stérilisé.

Préparation des solutions de 606 et 914. Le 606 est introduit dans le ballon aux perles. En agitant on verse peu à peu et lentement 50 centimètres d'eau salée chauffée à 30°, le 606 se dissout donnant un liquide limpide acide; on ajoute goutte à goutte la soude, le liquide se trouble et précipite; on continue de verser la soude, le précipité se redissout donnant un liquide limpide *jaune d'or*; *plusieurs gouttes de soude supplémentaires* assurent l'hyperalcalinisation indispensable pour la plupart des auteurs : M. Pinard ajoute ainsi en supplément le quart de la soude qui a été

Levy-Bing préconise la technique suivante pour obtenir une eau distillée non dangereuse :

A un litre d'eau distillée, préparée suivant les mêmes précautions, on ajoute 1 centimètre cube de solution normale de carbonate de soude pour précipiter les sels calciques, on filtre sur bougie Chamberland, on recueille dans un récipient de verre d'Iéna stérilisé et on chauffe à 60° pour classer l'oxygène.

Le médecin ne peut faire commodément cette purification de l'eau distillée et devra recevoir toutes prêtes les ampoules d'eau.

nécessaire à la stricte neutralisation. Enfin on ajoute le complément d'eau salée, soit 3 à 4 cm³ par 0 gr. 01 de 606. On *agite le moins possible* pour ne pas oxyder le 606.

La préparation de la solution de 914 est encore plus simple; il suffit de dissoudre le 914 dans l'eau distillée froide[1] ou dans le sérum physiologique. On verse les 0 gr. 45 de 914 dans le ballon; puis on ajoute 150 centimètres cubes environ d'eau distillée salée à peine tiède n'ayant pas plus de 20 degrés[2]. (Il faut 1 centimètre d'eau pour 0 gr. 01 d'après les uns, 3 centimètres d'eau pour 0 gr. 01 d'après d'autres). On agite aussi peu que possible, car le produit s'altère au contact de l'air, la solution doit être employée immédiatement.

Préparations des solutions diluées de 1151 et 1116. — Mouneyrat envoie des ampoules toutes prêtes, ingénieusement préparées. Il suffit ou d'agiter pour briser un tubes intérieur, ou d'appuyer une pointe qui produit le mélange : la solution est faite automatiquement.

Préparation de l'appareil injecteur. — L'appareil injecteur peut être un simple entonnoir de 500 centimètres ou mieux un boc de verre cylindrique gradué, par exemple un boc de 5 centimètres de diamètre et de 20 centimètres de hauteur totale, contenant 300 centimètres, étroit à sa partie supérieure et susceptible d'être bouché, muni d'un anneau suspenseur et d'un tube de caoutchouc long de 2 mètres. Ce tube est muni d'un index de verre à 30 centimètres de son extrémité inférieure et armé d'un embout pour l'aiguille; une pince de Mohr placée sur le tube sert de robinet.

L'aiguille en platine doit être *courte* : 10 milimètres, assez

1. D'après Schreiber, 0 gr. 80 de 914 dissous dans 22 centimètres cubes donne une solution isotonique.

2. Avec de l'eau simplement dégourdie, le produit ne s'altère pas et l'injection ne comporte aucun danger : elle est même, dit-on, mieux supportée.

grosse mais pas trop grosse : 3/4 de millimètre de diamètre *extérieur* au plus, il vaut mieux avoir des aiguilles plus fines pour les petites veines. Le biseau doit être assez *long* de 4 à 5 millimètres pour que la pointe pique bien et ne pas percer la paroi postérieure dans un faux mouvement : il n'est pas mauvais d'avoir une petite pierre pour affûter le piquant.

Il est bon que la partie inférieure du réservoir soit munie d'un flocon d'ouate hydrophile peu serré qui sert de filtre[1]. Le tout doit être contenu dans une boîte métallique rectangulaire à couvercle qui servirait le cas échéant de bouilloire.

L'ensemble de l'appareil doit être stérilisé par ébullition, ou mieux autoclavé.

Il faut remplir le récipient et expurger l'air que contient le tube de caoutchouc. Pour ne pas perdre de solution médicamenteuse avec l'appareil à un seul récipient, nous recommandons l'artifice suivant: on remplit le bock avec de l'eau salée pure tiède et on la laisse couler, pour remplir le tube et chasser l'air, jusqu'à ce que l'eau salée affleure l'embouchure de l'entonnoir ; on verse par-dessus la solution médicamenteuse. Cette petite manœuvre a en outre l'avantage que, si on a mal ponctionné la veine et si les premières gouttes de liquide s'infiltrent dans le tissu périveineux, ce liquide est de l'eau salée inoffensive et non le 606 irritant.

1. Des appareils plus compliqués comprennent deux réservoirs : l'un grand, pour la solution médicamenteuse, l'autre plus petit, pour l'eau salée pure, réunis par une tuyauterie en Y. Ils permettent d'injecter d'abord de l'eau salée pure et de s'assurer que l'aiguille est bien dans la veine, puis à la fin de l'injection médicamenteuse d'injecter une petite quantité d'eau salée pure pour « laver » la paroi veineuse. Mais avec un peu d'attention et les artifices que nous indiquerons on peut se passer de ce double récipient.

Injection intra-veineuse de 914 : Préparation de la solution concentrée

Fig. 1. — On a versé la poudre de 914 dans le récipient stérilisé, on ajoute l'eau distillée avec la seringue qui sert de mesure.

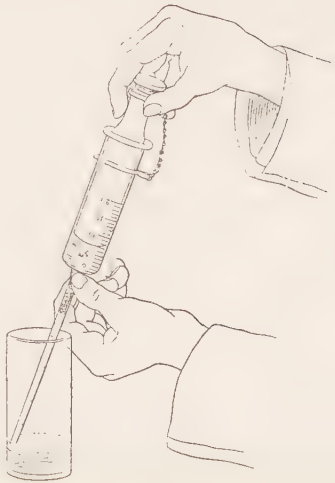


Fig. 2. — La dissolution étant faite, on aspire le liquide avec la seringue armée du tube filtrant.

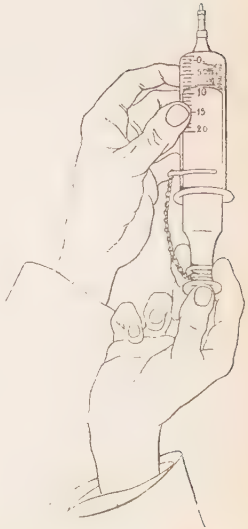


Fig. 3 — On redresse la seringue et on pousse lentement le piston afin de chasser la bulle d'air contenue dans la seringue.

B. **Préparation de la solution aqueuse concentrée de 914.** — Cette méthode simplifiée (Ravaut) semble devoir se substituer à la technique des solutions aqueuses diluées qui nécessitent un appareil spécial et perdent beaucoup de temps. (Planche **2**.)

Le matériel se réduit à : — une conserve Borrel stérile fermée par un tampon d'ouate, — l'ampoule de 914, — une ampoule d'eau bidistillée stérilisée de 20 centimètres cubes, — une seringue ordinaire de 20 centimètres cubes stérilisée — et « un tube filtrant »[1].

Dans le récipient stérilisé, on verse 8 à 15 centimètres cubes d'eau distillée (non salée) fraîchement préparée et stérile, que l'on a mesurée avec la seringue de 20 centimètres cubes, puis on ajoute 0 gr. 45 à 0 gr. 90 de 914 (8 à 10 cm³ d'eau pour 0,45 à 0,60 ; 10 à 15 cm³ pour 0,75 à 0,90). La dissolution est rapide. On aspire avec la seringue de 20 centimètres cubes munie de son tube filtrant. On expurge d'air la seringue qui est prête pour l'injection. La manipulation dure à peine deux minutes si les instruments sont préalablement stériles.

C. **Préparation du malade.** — On a fait l'examen somatique complet : *rein*, *foie*, etc. Un examen ophtalmoscopique et otologique a révélé l'intégrité de l'œil et de l'oreille. On s'est enquis s'il n'existait pas une idio-

1. Le « tube filtrant » est simplement un tube de verre de 10 à 12 centimètres de long sur 2 à 3 millimètres de large qui s'adapte exactement sur l'embout de la seringue et qui est muni d'un tampon de coton hydrophile pour filtrer. Il est facile, si l'on est pris au dépourvu, de supprimer cet instrument en coiffant l'embout de la seringue d'un petit carré de coton stérile dont on rabat les cornes autour de l'embout et que l'on maintient par un petit élastique, avant de bouillir la seringue, le filtre ainsi réalisé est suffisant.

syncrasie à l'arsenic et au besoin, on a fait prendre pendant un ou deux jours 0,01 d'arséniate de soude à titre d'essai.

Le malade doit avoir pris les jours précédents du bicarbonate de soude et avoir l'*estomac vide*, il ne doit pas avoir ingéré des aliments solides depuis plus de 3 à 4 heures, des aliments liquides depuis plus de 2 à 3 heures. Chez les sujets intolérants, Milian injecte 6 minutes avant sous la peau 1 milligramme d'adrénaline.

D. **Injection.** — Ce temps est le plus délicat, le seul difficile. (Planche **3**.)

1° *Position du malade.* — Le malade est *couché* sur un lit de 0 m. 80 de large ou sur une table d'opération munie d'un support pour que le bras soit soutenu ; le tout est placé en bonne lumière.

2° *Nettoyage de la peau.* — On badigeonne largement avec un tampon imbibé de teinture d'iode (non vieillie) toute la région du pli du coude.

3° *Mise en évidence des veines.* — Un tube de caoutchouc de 6 à 8 millimètres de diamètre et de 40 centimètres de long est placé à la partie moyenne du bras pour le comprimer. On tend le tube et on le fixe par une pince hémostatique : il faut serrer suffisamment pour que les veines soient saillantes, mais pas assez pour que la circulation artérielle soit abolie. On s'en assure en tâtant le pouls radial ; la pulsation doit être nettement perçue.

4° *Choix de la veine.* — On choisit un tronçon *rectiligne* de la veine la plus grosse, la plus saillante et la plus superficielle ; il faut préférer une veine fixée par les aponévroses ; la veine classique est la médiane céphalique, c'est-à-dire veine formant la branche externe du V du pli du coude

parce qu'elle est éloignée de l'artère humérale ; mais la médiane basilique qui forme la branche interne du V sera choisie si l'autre veine est trop petite et trop profonde : le danger de piquer l'humérale ne peut être envisagé que par un opérateur brutal.

Exceptionnellement l'adiposité forcera à choisir une veine de la face antérieure du poignet, de la face dorsale de la main, du membre inférieur...

Il faut d'ailleurs se souvenir que souvent la veine n'est pas visible en bleu mais simplement saillante et palpable ; sa saillie molle provoquée par la compression la distingue suffisamment de la saillie d'un tendon.

5° *Désinfection de l'opérateur.* — Le médecin dont les mains ont été savonnées au début, se passe simplement et rapidement les mains dans de l'alcool pur ou camphré et les égoutte en les secouant. A partir de ce moment le médecin ne doit plus toucher qu'à des objets stériles.

6° Pour mieux voir la veine, on enlève, sur le trajet choisi, l'iode avec un tampon imbibé d'alcool.

7° On reflambe l'aiguille en la faisant rougir pour être sûr de sa stérilisation ; on attend quelques secondes pour la laisser refroidir et on ponctionne la veine.

8° *Ponction de la veine.* — Cette ponction est le temps difficile et délicat de l'opération.

Il faut immobiliser la veine. Tantôt on tend la peau longitudinalement de haut en bas en plaçant l'index à 4 centimètres au-dessous du point voulu et en tirant la peau vers le bas. Tantôt on tend la peau transversalement, c'est-à-dire perpendiculairement à l'axe du vaisseau en empoignant à pleine paume de la main gauche la face postérieure du coude et en tirant la peau. Tantôt enfin on tend la peau à la fois longitudinalement et transversalement entre l'index et le médius de la main gauche placés sur la face antérieure de l'avant-bras et ouverte en V, la veine représentant la bissectrice de l'angle du V.

L'aiguille est piquée inclinée à 60 degrés seulement, de façon à bien piquer la peau au milieu de la veine. Grâce à la longueur du biseau de 5 millimètres, la pointe est dans le vaisseau alors que le reste du biseau s'ouvre encore à l'extérieur; aussi, dès que la pointe est dans l'intérieur de la veine, une gouttelette de sang sourd à la peau. On abaisse alors le pavillon vers le poignet du malade pour l'amener presque parallèle à l'axe du vaisseau, et on pousse dans le sens du vaisseau de plusieurs millimètres en remontant de façon à cathétériser le vaisseau; le sang s'écoule en abondance, on peut enfoncer encore de 2 à 3 millimètres pour être sûr qu'une partie du biseau ne reste pas hors de la veine, le sang doit continuer de couler, sinon c'est que l'aiguille a dévié ou perforé la paroi postérieure de la veine. Au total l'aiguille doit avoir pénétré de 8 à 10 millimètres dans la veine.

On appuie alors sur la veine pour arrêter le sang, on ajuste l'embout du tuyau, *on desserre la pince du lien compresseur* et l'injection commence.

Ce « cathétérisme » doit être fait rapidement, mais avec beaucoup de soin, car le point capital est de s'assurer que l'aiguille est bien dans la veine et non dans le tissu cellulaire[1]. Pour avoir toute garantie, on peut enfoncer l'aiguille seule avec les précautions ci-dessus, on attend que le sang s'écoule avant d'adapter l'injecteur, on a ainsi toute sécurité, mais cette méthode est « sale » et impressionne le malade, car le sang s'écoule assez abondamment dans les quelques secondes nécessaires[2] à « pousser » l'aiguille et

1. Un petit ennui est la production d'un hématome dû à l'hypertension veineuse, il faut desserrer le lien. Si cet hematome n'augmente pas au moment de l'écoulement de la solution médicamenteuse il n'y a pas à s'en préoccuper; au contraire, s'il augmentait il faudrait interrompre aussitôt l'écoulement et ponctioner une autre veine.

2. Un procédé plus propre, mais peut-être moins sûr pour un, débutant, consiste à ponctionner l'aiguille munie de l'embout

à adapter l'ambout. C'est cependant le procédé le plus sûr pour les solutions concentrées de 914.

Le cas échéant, en raison des dangers d'une injection maladroite de 606 dans le tissu sous-cutané, il ne faudrait pas hésiter à stovaïniser la peau, à l'inciser perpendiculairement au trajet veineux et à dénuder la veine comme pour une injection de sérum salé dans une grande hemorragie ; on pique ainsi à coup sûr la veine, on ne risque pas d'attaquer par le 606 l'hypoderme, les nerfs et les muscles. On évitera ainsi le sphacèle qui amènerait une cicatrice vicieuse immobilisant le membre, une atrophie musculaire, des névrites, etc. Il suffira de faire ensuite un point de suture avec une aiguille courbe (ou avec une aiguille ordinaire de couturière) et du simple fil de lin bouilli, trempé dans la teinture d'iode.

9° *Ecoulement du liquide.* — Si on emploie la solution concentrée on pousse lentement le piston de la seringue en une minute environ.

Si on emploie la solution diluée on ouvre la pince de Mohr, le boc étant suspendu à 0 m. 75, ou 1 m. 50 au plus au-dessus du plan du lit, suivant la grosseur de l'aiguille. Il ne doit se faire aucune infiltration locale sinon l'aiguille serait incomplètement enfoncée dans la veine et il faudrait arrêter aussitôt l'écoulement et recommencer la ponction veineuse. L'injection ne durera pas moins de cinq minutes. On surveillera la surface du liquide qui ne doit pas louchir ;

donc monté sur le tube de caoutchouc, celui-ci étant fermé par la pince de Mohr. La ponction se fait avec les mêmes précautions ; quand on a poussé l'aiguille pour cathétériser la veine, on lève le lien compresseur, on abaisse la seringue, ou le boc pour faire aspiration et on ouvre la pince de Mohr, le sang veineux doit couler dans le tube de caoutchouc : on voit dans l'index de verre qui interrompt le tube un large filet de sang apparaître ; on peut alors relever le boc ou pousser le piston de la seringue, et commencer l'injection.

si ce louchissement survenait, on ajouterait une ou deux gouttes de soude dans le boc injecteur.

Quelle que soit la solution, la vitesse d'écoulement doit être *lente* et réglée sur l'état du malade, il est recommandé de laisser passer quelques centimètres cubes, d'arrêter pour laisser l'organisme s'accoutumer et de reprendre ensuite. La rougeur du visage ou des conjonctives, la diminution du pouls avec ou sans irrégularité doivent faire suspendre l'injection jusqu'à disparition des phénomènes ; on ne reprendra qu'en ralentissant la vitesse.

10° *Chasse du résidu médicamenteux et lavage de la veine.* — Si on emploie la solution concentrée, il suffit, une fois que la seringue est vidée, d'attendre quelques secondes immobile, puis d'enlever la seringue, l'aiguille restant dans la veine. On laisse écouler quelques gouttes de sang qui lavent l'aiguille.

Si on emploie la solution diluée, on surveille la hauteur du liquide dans le boc; lorsque la solution médicamenteuse affleure l'extrémité inférieure du boc, on ajoute 75 centimètres cubes environ de sérum salé chaud (à 37°) pour chasser la solution médicamenteuse contenue dans le tuyau et pour laver la veine.

On attend que le liquide affleure la partie inférieure du boc, laissant l'aiguille en place on désajuste l'embout, on appuie avec un tampon d'ouate stérile sur l'aiguille et on la retire vivement sous le tampon d'ouate compresseur ; on commande au malade de fléchir l'avant-bras sur le bras en emprisonnant le tampon de coton dans le pli du coude.

11° *Pansement.* — On lave le sang avec le reste de l'eau salée stérile et un tampon d'ouate; le sang enlevé, on sèche à l'alcool. Si le sang suintait, on continuerait d'appuyer le tampon de coton et on détruirait, par un léger massage, le parallélisme de la perforation cutanée et de la piqûre veineuse ; puis on met une tache de teinture d'iode

large de 10 millimètres; il ne faut ni collodion, ni occlusif analogue.

Un pansement n'est pas indispensable, on se contentera d'une mince couche d'ouate enroulée autour du coude, sans bande, qui comprimerait la veine, la manche de chemise rabattue avec précaution suffit à maintenir l'ouate jusqu'au soir. Si les jours suivants le point de ponction rougissait, on remettrait une goutte d'iode.

E. **Soins consécutifs**. — Le malade restera couché le reste de la journée, et si l'injection a été faite en dehors de chez lui, il doit en voiture rejoindre son lit le plus vite possible ; il ne boira que des liquides, lait, bouillon, de l'eau alcaline (eau de Vichy) et même prendra quelques grammes de bicarbonate de soude; s'il se sent des nausées, il prendra du champagne glacé.

Le lendemain il peut reprendre sa vie habituelle sans se fatiguer, mais il fera attention jusqu'au troisième jour, car c'est l'époque des accidents et c'est pour cela que certains médecins recommandent le repos au lit pendant trois à quatre jours.

F. **Réaction après l'injection** — L'injection intraveineuse amène une réaction générale plus ou moins vive : malaise, frissons, fièvre, nausées, diarrhée, céphalée, abattement ; le tout disparaît le lendemain.

La fièvre, constante avec la première piqûre de 606, est, dit-on, plus rare avec le 914 et les piqûres suivantes. Le 914 détermine quelques troubles digestifs d'ailleurs très légers avec une sensation nauséeuse survenant immédiatement ou peu après l'injection, et disparaissant en quelques minutes, plus rarement une anorexie de 12 à 14 heures, exceptionnellement de l'embarras gastrique, avec vomisse-

ments, coliques, diarrhée, fièvre, et même léger subictère. Les éruptions seraient dues à l'emploi d'une eau distillée imparfaitement pure[2]. Le 914 serait donc mieux toléré que le 606; pourtant Hudelo, qui n'hésite pas à faire des injections ambulatoires de 606, c'est-à-dire permettant au sujet d'aller et venir, croit dangereux de tolérer cette pratique avec le 914.

Il faut bien savoir, pour ne pas s'en alarmer et ne pas abandonner le traitement, que les accidents syphilitiques sont momentanément « activés » par le 914 plus encore qu'avec le 606 (réaction de Herxheimer) : un chancre préputial se tuméfie déterminant du phimosis; des plaques muqueuses de la bouche s'accompagnent d'une angine violente, et parfois même de sensation de suffocation; une céphalée minime devient intense; un paralytique devient aphasique pendant quelques minutes; une iritis devient aiguë.

Ces activations disparaissent sous l'influence des injections suivantes, un traitement mercuriel antérieur et parallèle les atténue. Il est bon de prévenir le malade de ces petits inconvénients et de cette exacerbation fréquente des lésions, pour qu'il n'en accuse pas injustement le médecin.

***

Injection rectale de 606.

L'injection rectale (Gelez) est très facile et bien tolérée localement. Les méthodes, les doses, sont les mêmes que pour l'injection intraveineuse.

Le malade a subi la même préparation (v. p. 105). Il prend une à deux heures avant l'injection un grand lavement évacuateur d'un litre d'eau, et il se constipe en

prenant deux cuillerées à café d'élixir parégorique. L'injection sera faite 8 à 9 heures avant le moment où le malade a l'habitude d'aller à la selle, le soir si possible, afin que le malade ait le repos de la nuit pour garder le lavement.

On dissout 0 gr. 30 de 606 dans 80 cm³, 0 gr. 50 dans 125 cm³, 0 gr. 60 dans 150 cm³ d'eau salée; on alcalinise pour solubiliser. Le 914 serait simplement dissout dans 20 à 50 cm³ d'eau distillée. La solution est moins délicate puisqu'on peut n'être pas strictement aseptique.

Le malade est couché sur le ventre ou sur le côté; on introduit une sonde molle dans le rectum en la poussant assez loin et on injecte lentement la solution avec un bock ordinaire ou avec une grosse seringue.

Le malade doit rester immobile et prendre la position la plus commode qui lui permette de garder le lavement 6 heures au moins.

Les phénomènes réactionnels surviennent 2 à 3 heures après l'injection.

Cette méthode, très séduisante par sa simplicité et son innocuité, donne malheureusement des résultats inconstants; l'absorption, facile chez les uns, est mauvaise chez d'autres et force à abandonner la méthode chez ces derniers.

***

Injections locales de 606, 914, 1151, 1116, en suspension huileuse.

Les injections locales huileuses de 606[1], d'Ehrlich ou de 1151 de Mouneyrat sont les plus recommandables

1. L'émulsion se conserve quatre semaines au moins.

pour le médecin qui n'a pas encore l'habitude des injections intra-veineuses. (Planche **4**.)

Elles sont faciles, peu douloureuses ; elles ont l'avantage de tenir l'organisme pendant plus longtemps sous l'action du médicament, mais inversement, elles ne réalisent pas l'absorption massive qui devait produire la therapia sterilisans magna ; leur absorption est parfois lente, le 606 peut s'enkyster et sa résorption peut être retardée et même supprimée ; on les a accusées d'habituer les spirochètes à l'action de l'arsenic et de créer des races arséno-résistantes qui résisteraient à de nouvelles injections arsenicales.

Le praticien formulera : émulsion huileuse de 0,30 de 606 (Lafay) ou de 0,30 de 1151 (Mouneyrat). L'émulsion est livrée toute faite en ampoule[1], il suffit de la liquéfier dans l'eau chaude. Après en avoir flambé légèrement les deux

1. Le praticien peut préparer lui-même ces émulsions. Il se servira du mélange de Lafay et Lévy-Bing (une partie de lanoline anhydre et neuf parties d'huile d'œillette de froissage fraîche), ou, à défaut, de l'huile d'olive stérilisée.

Il préparera la quantité suffisante pour une seule journée.

Toute la manipulation doit être menée aseptiquement. Dans un petit mortier bouilli, puis séché par flambage, il verse la quantité voulue, soit 0 gr. 20 à 0 gr. 30 du produit ; il commence à broyer à sec avec le pilon flambé ; puis il ajoute goutte à goutte l'excipient huileux qu'il a préalablement prélevé dans une seringue de Pravaz stérile servant de mesure, il ajoute ainsi progressivement, en continuant de broyer, 1 centimètre cube d'huile. Lorsque l'émulsion semble suffisante, on aspire dans un seringue de 5 centimètres cubes, on ajoute dans le mortier à nouveau 1 centimètre cube d'huile pour rincer et reprendre le résidu du 606 attaché aux parois, on broye avec le pilon quelques secondes et dans la même seringue de 5 centimètres cubes, on aspire le liquide du mortier ; on refait un deuxième rinçage du mortier avec encore 1 centimètre cube, et on aspire dans la même seringue. La seringue contient donc environ 3 centimètres cubes d'émulsion huileuse. On la roule entre les paumes des mains et on remue le piston pour homogénéiser.

PLANCHE 4

Injections arsénicales huileuses dans la région lombaire

Fig. 1. — L'ampoule a été ouverte aux *deux* extrémités, on *appuie l'une d'elles contre la paroi* intérieure de la seringue démunie de son piston.

Fig. 2. — Une fois le liquide écoulé, on introduit le piston de verre dans le corps de la seringue maintenu dans la même position, sans enfoncer le piston. C'est alors seulement que l'on redresse la seringue (voir figure précédente n° 3) et que l'on pousse le piston pour chasser l'air.

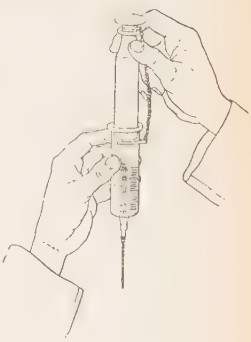


Fig. 3. — Le malade étant étendu sur le ventre, on fait saillir les muscles sacrolombaires en lui commandant d'essayer de se relever ; on repère ces masses musculaires, on antiseptise avec la teinture d'iode et, en deux points symétriques, on enfonce les aiguilles perpendiculairement à droite et à gauche.

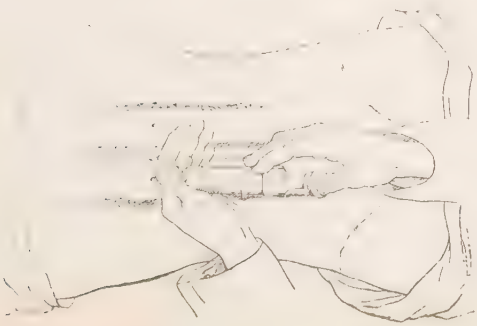


Fig. 4. — La seringue est emboutie à l'une des aiguilles, on pousse lentement la moitié de son contenu. Puis on injecte de l'autre côté le reste de la solution.

extrémités, on coupe l'une des extrémités de l'ampoule, puis l'autre au-dessus de l'ouverture de la seringue, dont on a préalablement enlevé le piston ; on appuie l'effilure de l'ampoule contre la paroi de la seringue, pour faciliter l'écoulement. La seringue remplie, on remet le piston et on redresse la seringue pour chasser l'air. Mouneyrat prépare des ampoules-seringues de 1151 très commodes, qui évitent tout transvasement.

Le malade, dont l'examen complet a été fait, est couché sur le dos. Le médecin se lave les mains, fait saillir les muscles lombaires en commandant au malade de se redresser, il met sur les saillies musculaires lombaires, à droite et à gauche de la colonne vertébrale, deux larges taches de teinture d'iode ; puis il enfonce en plein muscle, perpendiculairement, une aiguille de 1 millimètre de diamètre en ces deux points, de façon à dépasser l'aponévrose, tout en restant dans les couches superficielle du muscle. Il s'assure avec des tortillons d'ouate hydrophile enfoncés dans le pavillon de l'aiguille qu'aucun vaisseau n'a été piqué (Balzer). A la région fessière, il choisirait un point loin du sciatique (v. p. 60).

Il injecte ou non une solution anesthésiante de novocaïne au 1/200 et attend 3 minutes ; puis il ajuste la seringue remplie d'émulsion médicamenteuse, il pousse très lentement le piston, injectant la première moitié d'un côté, la deuxième moitié de l'autre côté.

Avant d'enlever les aiguilles, il a soin d'injecter une bulle d'air qui chassera la dernière goutte dans le muscle.

Le malade restera quelques minutes dans la même position sans contracter ses muscles.

On mettra pour tout pansement, une goutte d'iode, et une rondelle d'emplâtre de Vigo.

« La tolérance est parfaite, écrivent Lévy-Bing et Lafay ; douleur immédiate, nulle ou minime ; douleurs tardives, peu sensibles, dans tous les cas observés jusqu'à ce jour : ni

réactions locales gênantes, ni phénomènes inflammatoires pas de température. » Pour diminuer ces douleurs tardives qui durent dix à douze heures, Balzer recommande les applications chaudes (sac de caoutchouc ou cruchon remplis d'eau chaude) ou au contraire un stypage sur la région lombaire et la nuit un peu de véronal.

Ces injections intra-musculaires se prêtent, on le conçoit, aux mêmes méthodes que les injections intra-veineuses : — doses fortes, — doses faibles, puis progressivement croissantes et fortes, — doses faibles répétées. c'est ainsi, par exemple, que Kromayer injecte tous les deux jours 0,10 à 0 gr. 20 de 606 en variant les points d'injection jusqu'à atteindre la dose totale de 1 gramme à 1 gr. 20; Balzer injecte toutes les semaines 0,30 de 914, dans les régions fessières et lombaires en remontant de 15 en 15 millimètres le long du muscle à chaque nouvelle injection. Il fait ainsi des séries de 4 à 6 injections suivies de cures mercurielles.

***

Accidents.

Les accidents peuvent être locaux ou généraux.

— *Accidents locaux* au point d'injection : thrombose veineuse, nodosité (qui peut se nécroser, s'ulcérer, dénuder toute la face antérieure du bras ou toute la fesse, déterminant une cicatrice vicieuse et une infirmité); abcès et phlegmons parfois graves; névrites avec atrophie; kystes arsénicaux rebelles et douloureux que l'on doit enlever chirurgicalement, etc.

— *Accidents généraux*. De nombreuses observations ont été publiées.

Ces accidents sont-ils dus au médicament, « médicament traître » tantôt bien supporté, tantôt toxique? Certains malades présentent-ils une idiosyncrasie?

Sont-ils dus aux médecins imprudents, insuffisamment informés ou maladroits?

Loin d'être des accidents toxiques, ne sont-ils que des accidents et récidives de syphilis?

Toute la question est là. Et il est bien difficile de juger, car « beaucoup de ces accidents ne sont publiés qu'à regret par leurs auteurs, dit Gaucher, et alors que certains citent des statistiques impressionnantes de 20000 cas sans accidents, les journaux publient chaque semaine des cas malheureux ».

On a cité des accidents immédiats, précoces, tardifs :

1° Accidents immédiats. — *Syncope mortelle par réflexe* (exceptionnelle).

— *Crise congestive dite nitritoïde et crise syncopale.* « Au cours d'une injection de 606, on voit brusquement le malade rougir, le front, les pommettes, le cuir chevelu deviennent rouges, les conjonctives sont injectées. La congestion devient parfois d'une telle violence que les veines sont cyanosées et se gonflent. La langue elle-même devient volumineuse par un œdème subit. La luette gonflée chatouille le pharynx ce qui amène une toux sèche, quinteuse. Parfois même, il y a gêne de la respiration. Le gonflement peut se produire aux mains, aux pieds. La céphalée subite révèle évidemment de l'œdème cérébral.

« Puis à la phase congestive, qui peut être ébauchée ou passe inaperçue succède la phase syncopale. Le facies s'altère, devient grippé, péritoneal, cadavérique. Le malade accuse de l'angoisse, sent son cœur battre; puis le pouls se ralentit et peut même disparaître pendant plusieurs secondes, interminables au médecin, pour réapparaître ensuite progressivement. Le malade ne ressent qu'un malaise général avec anéantissement » (Milian).

— *Crise abdominale.* « Dans d'autres cas il se produit des

phénomènes abdominaux (qui relèvent également de la vaso-dilatation) : angoisse indéfinissable au creux épigastrique avec état nauséeux et diarrhée séreuse impérieuse, points douloureux au niveau du plexus solaire.

« Chez un médecin tabétique qui a présenté ces accidents nous avons pu à volonté faire disparaître et réapparaître en interrompant et rétablissant tour à tour le cours de l'injection » (Milian).

— *Morts rapides.* Ces crises congestives ou syncopales sont habituellement bénignes, mais elles peuvent entraîner rapidement la mort, tel ce cas du service de Milian. « Le malade rouge et congestionné pendant l'écoulement du liquide était tombé dans le coma une demi-heure après et mourait bientôt. » On peut en rapprocher ce malade de Queyrat, homme de 24 ans, très musclé, de forte taille, vigoureux, sans tares organiques, porteur d'un chancre datant de 10 jours. L'injection intra-veineuse de 606 dilué dans 250 centimètres cubes de sérum faite en 6 minutes semble tout à fait bien supportée : ni céphalée, ni diarrhée ni vomissement, ni fièvre... Le malade est très gai ; une demi-heure après, il se plaint subitement de malaise, pousse des gémissements, il est très congestionné, il râle et meurt en cinq minutes. A l'autopsie, congestion intense de tous les viscères.

2° Accidents des premières heures. — *Embolie pulmonaire* due à la migration d'un caillot (formé localement au point d'injection ?)

Hématémèse due à la vaso-dilatation intense.

3° Accidents généraux, bénins, des premiers jours. — Ces accidents restent bénins quoique souvent bruyants : malaise et fièvre, érythème scarlatiniforme, rubéoliforme, troubles gastro-intestinaux avec ou sans ictère, etc.

Une injection intra-musculaire ou intra-veineuse n'a pas été plus douloureuse qu'une autre ; elle a pu provoquer une réaction générale plus forte : douleurs irradiées dans la jambe, parfois mal de gorge, etc., tout semble se calmer ;

mais vers le 3e, 4e ou 5e jour, le malade ne se sent pas si bien ; une induration apparaît au point d'injection qui bientôt, du 5e au 10e jour, s'entoure d'une zone érythémateuse et s'étale, il peut même y avoir une petite escharre noirâtre entourée de vésicules purulentes. La fièvre est vive, l'état général est mauvais, s'accompagnant de dysphagie, de gonflement palpébral et de rougeur conjonctivale, d'érythème cutané plus ou moins généralisé, scarlatiniforme le plus souvent, de nausées, parfois de vomissements et de diarrhée. Puis tout rentre bientôt dans l'ordre.

Ce type clinique peut être plus ou moins complet, plus ou moins intense.

4° Accidents graves et mortels des premiers jours. — Tous les cas sont « calqués » les uns sur les autres. *Deux jours se passent sans incident notable.* Le malade peut même présenter un certain degré d'euphorie, puis le *deuxième jour vers le soir*, ou au *début du 3e jour*, il est pris *brusquement* de *céphalée* avec *nausées* et *vomissements* qui deviennent rapidement graves. Le début des accidents est en un mot subit, sans le moindre prodrome, sans le moindre phénomène avertisseur, le malade est frappé en pleine santé apparente. « Les phénomènes vaso-moteurs sont d'une extraordinaire intensité : rougeur de la face qui devient vultueuse, congestionnée, les conjonctives sont injectées, les lèvres sont cyanosées, œdématiées. » Il y a souvent diarrhée profuse.

Le 3e jour surviennent une agitation extrême, des crises épileptiformes avec phase clonique et tonique ; ces crises, d'une durée d'une minute environ, deviennent de plus en plus fréquentes, le malade tombe dans le coma et meurt au quatrième jour.

« A l'autopsie, congestion violente et petites suffusions sanguines dans tous les viscères, particulièrement au poumon et au cerveau. Les espaces céphalo-rachidiens et les ventricules latéraux sont gorgés de liquide » (apoplexie séreuse du 606) (Milian). On peut noter des foyers d'encé-

phalite, des dégénérescences du foie, des reins, du cœur.

Personne ne conteste plus que ces accidents ne soient les résultats d'une intoxication, même les plus fervents partisans du 606 : Milian admet que cette intoxication est due à des corps dérivés du 606 (para 606), il pense les prévenir par une alcalinisation forte de la solution de 606 et par une alcalinisation du malade au moyen du bicarbonate de soude et par l'injection d'adrénaline avant et après l'injection arsénicale. Il propose de traiter ces accidents par l'injection sous-cutanée d'adrénaline et par l'injection intraveineuse de 12 gouttes de soude à 15 p. 100 diluées dans 120 cm³ de sérum salé, par la ponction lombaire, la morphine et l'ipéca à doses nauséeuses.

5° Accidents, graves localement. — Thromboses veineuses localisées au point d'injection pouvant produire une embolie mortelle.

Thromboses à distance donnant le syndrome d'une phlegmatia alba dolens et même d'une collection aseptique.

Pneumonie et pleurésie ?

6° Accidents névritiques et méningés précoces. — Méningite toxique par phénomène d'Herxheimer, apparaissant plus ou moins tôt, s'accompagnant de paralysie des nerfs craniens.

7° Accidents nerveux tardifs. — Ces accidents, bénins ou graves, appelés tantôt névrite toxique, accidents neurotropiques ou méningo-tropiques, surviennent 20 jours, 2, 3, 4 et même 5 mois après l'injection de 606. Leur début est rarement brusque, il est le plus souvent progressif. Ils durent plus ou moins longtemps; ils sont parfois définitifs; ils peuvent récidiver, entraîner la mort au milieu d'un syndrome méningé. (Cas de Hrdliczka.)

Ces accidents sont très variés :

— Céphalée, vertige, titubation, vomissement réalisant parfois un syndrome méningé complet avec constipation, fièvre, dissociation du pouls et de la température faisant

craindre une méningite tuberculeuse ; la ponction lombaire donne un liquide souvent hypertendu, albumineux, riche en cellules mononucléaires et polynucléaires.

— Troubles auriculaires : sifflements, bourdonnements, hypoacousie allant jusqu'à la surdité complète labyrinthique.

— Troubles oculaires : diplopie, héméralopie, affaiblissement de la vue allant jusqu'à la cécité, traduisant à l'ophtalmoscope, l'œdème de la pupille, la névrite optique.

— Parésie ou paralysie des nerfs craniens : III, V, VI, VII, IX, etc.

— Polynévrites pseudo-tabétiques.

— Paralysie des nerfs périphériques : nerfs péroniers, sciatique, etc.

Exceptionnellement les accidents tardifs sont viscéraux : ictère grave mortel, etc.

La **pathogénie** de ces phénomènes nerveux tardifs est très controversée.

Pour Finger, Gaucher et beaucoup d'auteurs français, ces accidents sont le plus souvent des phénomènes toxiques.

D'après Ehrlich, les accidents seraient loin d'être toujours le résultat d'une action toxique du 606 (nevrite toxique); leur mécanisme est complexe :

— Un *premier facteur* pathogénique est la *neurorécidive* : les accidents sont « la manifestation clinique du développement des tréponèmes sur les nerfs craniens soustraits à l'action médicamenteuse, principalement là où ils sont protégés dans leur gaine osseuse »; en un moment elles résultent d'une « *stérilisation incomplète* (sterilisatio fere absoluta) », « la violence de ces neurorecidives s'explique par le développement particulier des treponèmes isoles qui ont survécu ».

La conclusion pratique est donc, *non pas d'arrêter le traitement, mais au contraire de repéter les doses* et l'on cite des cas qui, loin d'etre aggraves par de nouvelles doses, ont été améliorés et guéris.

Mais à ces cas Gaucher oppose ceux qu'un nouveau traitement a nettement aggravés. Entre plusieurs, il cite celui de Finger : une jeune femme de 19 ans infectée en juin 1910 est traitée en août 1910 par le 606, elle revient deux mois après souffrant de céphalée violente, vertiges, troubles visuels : paralysie complète de la IIIe paire droite, névrite optique gauche commençante. Finger croyant à une récidive, fait le 12 octobre une injection de 0 gr. 45 qui reste inefficace de même qu'un traitement mercuriel et ioduré ultérieur; et au contraire la névrite optique apparaît à droite.

— D'après Ehrlich, un *deuxième facteur* : les *impuretés de l'eau* (?) peut être incriminé et un *troisième facteur* est très important à retenir : la *formation de produits d'oxydation* du 606 qui sont neurotropes.

La conclusion pratique est de ne pas employer des solutions oxydées, soit par vieillissement, soit par agitation trop forte à l'air, soit par les particules métalliques de l'eau distillée jouant le rôle d'oxydases, soit par une eau distillée trop aérée. En un mot *l'eau doit être distillée dans des appareils exempts de matières solubilisables et surtout de matières métalliques, elle sera additionnée de chlorure de sodium, stérilisée aussitôt après distillation et immédiatement, sans agitation, répartie en ampoules scellées de 150 cm³; il faut faire la dissolution du médicament en agitant le moins possible.*

— Ehrlich cite un *quatrième facteur* : l'imprégnation toxique des tissus nerveux par les endo-toxines contenues dans les tréponèmes et mises brusquement en liberté par la dissolution ou *lyse* des germes, qu'a produite brutalement le 606, « médicament trop puissant », c'est la « *réaction de Herxheimer renforcée* ».

La conclusion est : *à la période secondaire où l'envahissement du système nerveux est constant et à la période tertiaire quand existent des lésions nerveuses, même quand ces lésions nerveuses restent latentes* et ne sont décelables que par la ponc-

tion lombaire, *à plus forte raison quand la syphilis nerveuse se traduit par des symptômes cliniques, il faut commencer par des doses très faibles* de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 de 606, 0 gr. 15 à 0 gr. 20 de 914, afin de ne pas dissoudre trop brusquement les spirochètes contenus dans le système nerveux. « *La deuxième dose doit être employée avec la même circonspection, surtout si la première a donné lieu au « neutropisme d'alarme »* de Bizard, Sicard et Guttmann, il est alors prudent de faire *précéder l'injection de 606 par un traitement mercuriel.* Dès que les symptômes méningés auront été atténués par le traitement, on *employera des doses progressivement plus élevées* pour atteindre à un moment donné les doses normales. La tactique sera donc dans tous ces cas de *commencer par de très petites doses et finir par des doses fortes.* » (Ehrlich, *Zeitschrift für Chemotherapie*, 1912, Bd I. 1).

Ces précautions suffiront-elles à éviter les accidents? Des faits contraires à cette espérance ont été publiés : par exemple des malades de la thèse de Mlle Ettinger traités par des doses faibles de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 de 606 au plus, associé au mercure, ont eu des accidents nerveux, et au contraire ces accidents ont pu être évités avec des doses totales fortes (Lévy-Bing). Le traitement mercuriel associé, loin d'atténuer les accidents, les favoriserait au contraire d'après certains.

Est-il exact d'ailleurs que ces accidents nerveux soient des phénomènes d'Herxheimer ou de lyse parasitaire? L'explication peut être admise pour les accidents rapides précoces, d'autant que d'après Ehrlich, Desneux, etc., le traitement mercuriel ou de nouvelles injections de 606 améliorent et guérissent ces lésions au lieu de les aggraver. Mais pour les accidents tardifs survenant au delà du quinzième jour, la réaction d'Herxheimer nous semble inacceptable, il faut admettre ou une récidive ou une névrite toxique.

On conçoit tout l'intérêt pratique de trancher ce débat puisque : si l'on admet la nature toxique des accidents, il

faut cesser toute médication arsenicale. Si, au contraire, on accepte qu'il s'agit de neurorécidives, il faut répéter les injections de 606. Pour notre part, *frappé de l'importance de ces accidents, sachant que l'on a publié des aggravations de tels accidents sous l'influence de nouvelles doses de 606, nous n'oserions pas refaire des arsenicaux*; *nous conseillerions un traitement mercuriel et ioduré aussi intense que possible.*

***

Les morts par 606 et par 914.

Les cas de mort publiés dépassaient la cinquantaine en 1911. Ils se multiplient, malgré les « perfectionnements de la technique », au point que Burnier pouvait, dans une revue générale parue dans les *Annales de Vénéréologie* (1913, p. 125), réunir « vingt-trois nouveaux cas de morts en six mois » et que Miskdjian en rassemblait dans sa thèse (Paris, juillet 1913) 164 cas, dont 94 que Ehrlich admet valables!

— Il est inutile de citer les cas de mort à la suite d'injection de doses de 0 gr. 50 et 0 gr. 60 chez des syphilitiques en bonne santé (cas de De Beurmann, d'Oltramare, de Peugniez, de Caraven, de Queyrat), et les cas de mort survenus chez des individus porteurs de tares compensées, car la mort a pu survenir dès la première injection de doses plus faibles chez des individus sans tares : en voici deux exemples:

Mort en 3 jours d'un homme de 21 ans, syphilitique depuis deux ans, ayant « cœur, reins, poumons intacts », après la première injection de 0 gr. 40 de 606 intra-veineux dans 200 grammes de liquide; mort avec vomissements, diarrhée, anurie et coma (Luque Morata).

Mort au bout de 3 jours d'une femme de 25 ans sans tare,

par embolie pulmonaire, après une injection intra-veineuse de 0 gr. 40 (cité par Kiel)... etc.

— La mort peut survenir à la deuxième injection chez des individus sans tare, la première ayant semblé bien supportée « ce qui montre combien ce médicament est traître » (Gaucher).

Un éthylique de 34 ans, mais robuste, reçoit 0 gr. 30 de 606, puis 5 jours après 0 gr. 40, il meurt le quatrième jour (Hallopeau).

Un homme de 40 ans sans tare atteint de chancre nasal et de roséole, reçoit le 28 mars 0 gr. 40 de 606 intra-veineux, du mercure en avril, et le 7 mai 0 gr. 40 intra-veineux dans 200 gr. de liquide, il meurt deux jours et demi après, dans le coma et des phénomènes méningés, « de réaction d'Herxheimer » (Fischer).

Une jeune fille de 18 ans atteinte de syphilis secondaire, enceinte de 3 mois, et sans aucune tare, reçoit une première injection intra-veineuse de 0 gr. 40 de 606, puis celle-ci étant bien supportée une deuxième injection de 0 gr. 60. Trois jours après, brusquement, des symptômes graves éclatent : fièvre à 40°, crises épileptiformes, coma, stertor, mort en 14 heures sans albuminurie. L'autopsie révèle une congestion de tous les viscères sans lésions notables du foie et des reins (Ravaut)... etc.

— Même avec 0 gr. 30, la mort est survenue (deux cas de X, rapportés par Gaucher, cas de Balzer).

— Les morts ne se produisent pas qu'après les injections intra-veineuses. L'injection musculaire ou sous-cutanée ne met pas à l'abri. Voici quelques cas :

Mort en 12 heures chez un tabétique après seulement 0 gr. 40 de 606 intra-fessier (Westphal).

Mort en quelques heures d'une femme de 28 ans atteinte de syphilis laryngée ancienne avec brides cicatricielles après « injection intra-musculaire de la dose normale » (Spiethof). Ehrlich parle d'un réflexe.

Mort en 6 jours chez un diabétique après seulement 0 gr. 35 de 606 sous-cutané (Willige).

Mort en 8 jours d'un paralytique général après 0 gr. 50 de 606 sous-scapulaire (Ehlers et Jörgensen).

Mort en 11 jours chez un tabétique porteur d'une insuffisance aortique bien compensée après seulement 0 gr. 30 de 606 sous-cutané (Spiethof).

Mort en 12 jours d'un alcoolique de 42 ans de gastrite après 0 gr. 50 de 606 intra-musculaire (Jacquet).

Mort en 19 jours par urémie d'un néphritique de 40 ans atteint de néphrite secondaire ayant reçu le 5 janvier 0 gr. 40 intra-musculaire et le 9 janvier 0 gr. 70 intra-musculaire (Ravaut)... etc.

— « Le 914 a, lui aussi, des cas de mort à se reprocher ».

Une syphilitique secondaire, âgée de 18 ans, du service de Eichhorst, reçoit une première injection de 0 gr. 60 le 19 août, une seconde de 0 gr. 60 le 27 août. « Le 29 août, la malade se plaint de troubles vagues. Le 30, sans raison aucune, à 7 h. 45, elle est prise de tachycardie, crampes dans les membres, pouls à 108, petit, irrégulier... Le lendemain asphyxie croissante, 40°, opisthotonos, mort à 8 h. 30 » (Busse et Mérian)... etc.

Il est vraiment terrible de penser que des individus jeunes, sans aucune tare décelable, n'ayant que leur chancre et leur roséole, peuvent mourir ainsi.

Ces morts sont-elles dues à des fautes de technique ? Quelques-unes peut-être, mais non toutes, et d'ailleurs telle technique a été précisément jugée bonne jusqu'au prochain accident.

Ces morts sont-elles dues à la maladresse des opérateurs ? Il faut alors dire que les auteurs de ces cas mortels sont inexpérimentés, ce qui n'est pas, ou qu'alors

ces médicaments sont bien difficiles à employer et nécessitent une virtuosité toute spéciale.

Il s'agit en réalité d'intoxication arsenicale. « Pour expliquer ces morts, que d'hypothèses n'a-t-on pas forgées ? Au lieu de reconnaître simplement la vérité, au lieu d'avouer l'intoxication arsenicale, on a accusé successivement l'alcalinité ou l'acidité de la solution, on a accusé le sérum physiologique soit dans sa teneur en chlorure de sodium, soit dans sa quantité; on a accusé l'eau distillée et ses impuretés (!). On s'est raccroché à toutes les invraisemblances... En désespoir de cause, on a été jusqu'à dire que les cas mortels étaient précisément la preuve de l'activité du médicament. En réalité tous les malades qui sont morts, sont morts empoisonnés et ils sont morts de la même façon : d'encéphalite ou d'urémie, avec des congestions généralisées... » (Gaucher).

« En vérité, dit très justement Milian (et cette opinion d'un des premiers partisans du 606 est importante à noter), s'il y a eu, indépendamment de toute faute de technique, des accidents par le 606, il ne faut pas en chercher seulement la raison dans le mauvais fonctionnement d'un organe, ou encore dans les multiples raisons d'ailleurs assez alambiquées qu'on a données comme excuse à la médication : réaction d'Herxheimer, intoxication par le plomb des appareils à eau distillée, voyages en chemin de fer, etc. En réalité il s'agit purement et simplement d'intoxication arsenicale. Chercher autre chose est illusoire et dangereux. Et le problème à résoudre consiste à connaître pourquoi cette intoxication se produit chez les uns et pas chez les autres. » (Milian.)

Mais peut-on prévoir cette idiosyncrasie qui fait que tel malade supportera facilement une haute dose, et que

tel autre sera tué par une dose faible ? On peut l'espérer, mais, malgré d'intéressants efforts, nous ne croyons pas encore être arrivé à dépister cette idiosyncrasie, car dans plusieurs cas la première injection avait été bien tolérée, la mort est survenue après la deuxième injection. Et c'est ce qu'il y a de plus terrible dans ces morts par le 606 et le 914, c'est que rien ne peut les faire prévoir : ces malades étaient les uns sans tares, les autres avaient des lésions viscérales bien compensées, souvent latentes ; d'autres étaient certes en mauvais état organique, mais traités par le mercure on avait l'espoir de les prolonger ! Il y a là, quoi qu'en pensent certains, une question de conscience vraiment angoissante.

***

Efficacité. Les récidives. — L'efficacité immédiate du 606 contre les accidents est incontestée. Sauf les cas de syphilis nerveuse et de para-syphilis, les insuccès sont exceptionnels ; d'après Ehrlich ils seraient dus à un traitement trop timoré : doses insuffisantes, injections trop peu nombreuses ; on a vu en effet des accidents ne céder qu'à la troisième injection. Pourtant Gaucher a cité des cas rebelles, par exemple un malade dont les gommes ulcérées du scrotum et les plaques muqueuses résistèrent à deux injections intra-musculaires de 0, 60 de 606, puis à trois injections intra-veineuses de 0 gr. 60, 70, 0, 80 de 606, il n'a guéri que par le mercure et l'iodure.

L'efficacité du 606 contre les accidents ultérieurs est au contraire très discutée.

Des statistiques plus ou moins nombreuses de malades plus ou moins longtemps suivis, montrent qu'après traitement arsenical, seul ou associé au mercure, la syphilis, surtout prise à la période primaire, semble éteinte clini-

quement et les réactions de Wassermann restent négatives. C'est beaucoup que d'obtenir cette latence, quoiqu'il ne faille pas en conclure que l'infection est guérie. Le mercure donne souvent les mêmes succès : Fournier ne cite-t-il pas des malades qui n'ont fait qu'un seul traitement mercuriel au début même du chancre et qui sont restés indemnes d'accidents pendant 8, 10, 20 ans et plus?

Mais les récidives ne sont pas rares même si le traitement a été tenté à la période primaire : trois injections de 0, 60 de 606 n'ont pas empêché la récidive sur place du chancre (Leredde et Kunnemann); six injections de 0,30 n'ont pas empêché l'explosion secondaire (Broquin). A la période secondaire, les cas de récidives ne se comptent plus, même après 3, 4, 6 injections répétées fortes, associées ou non au mercure (Gaucher et Lévi-Frankel). Elles sont admises par tous. J'en ai vu des cas nombreux dans le service du professeur Gaucher, en particulier un jeune médecin de la marine, qui pour un chancre avait reçu trois injections intra-veineuses de 0, 40 et 0, 60 et des injections intercalaires de calomel; deux mois après il nous montrait des plaques de la langue. Ces récidives se font le plus souvent sous forme d'accidents cutanéo-muqueux, mais parfois viscéraux très graves : hémiplégie et aphasie (Nicolas et Moutot).

La conclusion d'importance capitale que le médecin doit retenir et enseigner au malade est donc que, si le 606, le 914 guérissent plus rapidement que le mercure les accidents immédiats, ils n'empêchent pas, pas plus que le mercure, les récidives : les malades devront donc continuer à être surveillés *cliniquement et sérologiquement* **comme par le passé; ils peuvent avoir des accidents du jour au lendemain et redevenir** *contagieux*; **ils doivent suivre un traitement mercuriel complémentaire de sûreté.**

***

TRAITEMENTS LOCAUX, MERCURIELS ET ARSENICAUX, ADJUVANTS

L'idée d'appliquer localement le médicament antisyphilitique est ancienne et avec chaque progrès de la chimiothérapie prend une forme nouvelle : ces applications locales peuvent rendre des services mais *jamais elles ne doivent faire cesser le traitement général* à moins qu'elles ne comportent l'introduction d'une quantité suffisante de mercure dans les voies digestives (pastilles de lactate) ou dans la peau (frictions).

Voici quelques essais parmi les meilleurs :

— Traitement local du chancre :

Par l'application de pommade au calomel 1/10, ou par petites pastilles d'onguent gris glissées sous le prépuce ou dans les plis vulvaires (Milian) ;

Par des injections d'hectine (v. traitement abortif, p. 156) ;

Par application de poudre de 606 au moyen d'un pulvérisateur, ou par un tampon imbibé de glycérine ou de vaseline au 606 au 1/10, ou d'huile ou glycérine au 606 au 1/40 ;

Par onction de pommade à l'hectine au 1/20.

— Traitement local des lésions cutanéo-muqueuses secondaires et tertiaires ;

Par les pommades mercurielles : calomel, oxyde jaune, etc. ;

Par les frictions mercurielles et les pansements au sublimé au 1/1000 (Hallopeau) ;

Par les bandelettes d'emplâtre de Vigo imbriquées en cuirasse et entrecroisées (Velpeau) ;

Par les injections locales et péri-lésionnelles quotidiennes de 0,1 cm³ de solution iodurée à 3 p. 100 au gaïacoloïde ;

Par onction de vaseline au 606 au 1/10.

— Traitement des grandes ulcérations par des grands bains de sublimé.

— Traitement des lésions bucco-pharyngées :

Par les succions lentes de pastilles mercurielles de 0 gr. 005 de lactate de mercure : deux à huit par jour;

Par cautérisation avec la solution acide de 606 au 1/100 ou par la poudre de 606 appliquée avec un tampon imbibé de glycérine que l'on roule dans le 606, trois fois par jour si possible[1] (Achard).

— Traitement local des lésions anales et rectales, vulvo-vaginales, par des suppositoires de beurre de cacao contenant 0,04 de mercure métallique, une à deux fois par jour, introduits dans le rectum ou dans le vagin.

— Traitement local des lésions balaniques et préputiales par des pastilles de beurre de cacao contenant 0 gr. 03 de mercure ; deux fois par jour, introduire sous le prépuce dans le sillon balanique et rabattre par-dessus le prépuce.

— Traitement local des syphilis méningées et nerveuses, du tabes, de la paralysie générale par injections intrarachidiennes: — de benzoate de mercure 0,5 ou 1 cm³ chaque jour (Schachmann); — de bi-iodure de Hg 1 à 3 mmgr. dissout extemporairement dans 6 à 8 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien que l'on vient de retirer et que l'on réinjecte (Sicard); — de mercure colloïdal à 4 p. 1000, 2 à 5 (Claude et Lhermitte, Claisse et Joltrain); — de 914 (Wechselmann) 2 cm³ d'une solution à 1 gr. 5 pour 1000, puis douze jours plus tard 7 cm³ d'une solution de même taux (ces injections n'ont amené aucune réaction désagréable); — de sérum de malades ou du malade lui-même traités par le 606, dilué avec 1/3 de sérum artificiel, chauffé à 50° pendant 30 minutes et injecté à la dose de 30 centi-

1. Sauf exception (ulcération amygdalienne) le 606 ne fait pas mieux que le mercure localement et est beaucoup plus coûteux; le 606 en injections locales est trop douloureux et produit des eschares.

mètres cubes tous les 15 jours (Homer F. Swift et A. W. M. Ellis).

— Traitement local des bronchites et pneumopathies syphilitiques : par les injections intra-bronchiques de 5 à 10 centimètres cubes d'une solution de sublimé au 1/1000 ou de bi-iodure de mercure au 1/250 (Paul Carnot)); — par des inhalations de vapeurs mercurielles dégagées de plastrons de flanelles mercurialisés au contact de la simple chaleur du corps (Merget); etc., etc.

***

CONCLUSIONS

Telles sont les différentes méthodes anciennes et nouvelles de traitement de la syphilis avec leurs indications et leurs contre-indications.

On a trop tendance à schématiser le traitement de la syphilis en quelques équations. *Le choix des doses, la répétition, l'interruption, la reprise des séries de traitement, en un mot la conduite du traitement, varient avec chaque cas et doivent être étudiées avec chaque cas :* nous ne saurions trop y insister, « les indications thérapeutiques qu'on peut donner, écrit Fournier, ne sont que des formules générales, applicables tout au plus aux cas d'ordre commun et passibles, à l'infini, d'amendements, d'atténuations, de modifications de tout ordre et cela suivant des éventualités multiples particulières à chaque cas individuel ».

Le praticien devra tenir compte de l'âge, du sexe, du poids, du tempérament du malade, de son hérédité, de son état antérieur, de sa résistance, de son état viscéral,

de l'évolution de la maladie, de la forme des accidents, etc., etc.

L'hygiène et le traitement général jouent un rôle que l'on a trop le tort de négliger.

Il faut donc se méfier des équations toutes faites dans le traitement de la syphilis. *C'est l'œuvre du bon médecin que d'adapter le traitement à chaque cas particulier.*

Cette étude générale terminée, il nous faut maintenant passer en revue les cas particuliers les plus fréquents, en répétant que ce ne sont que des exemples, en soulignant que le médecin peut les prendre pour types, mais non comme des équations invariables applicables à tous les cas du même type évolutif [1].

1. Les photographies qui illustrent les pages suivantes sont la reproduction des moulages du musée de l'Hôpital Saint-Louis. On sait que ces moulages sont dus à Baretta, l'admirable artiste dont le labeur savant et désintéressé a tant fait depuis plus de quarante ans pour la Dermatologie française que tous les médecins doivent lui conserver une reconnaissance toute particulière.

Dans ce musée unique au monde, le médecin désireux de « voir » des « malades » en dermatologie et syphiligraphie, pourra étudier à son aise les cas courants et les cas rares; nous ne saurions trop recommander la visite et l'étude de cette merveilleuse collection.

Nous remercions M. le Directeur de l'Assistance Publique à Paris et M. le Directeur de l'Hôpital Saint-Louis de nous avoir autorisé à publier ces reproductions.

CHAPITRE VII

SYPHILIS PRIMAIRE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CHANCRES SYPHILITIQUES

Tous les points du tégument cutanéo-muqueux peuvent être le siège d'un chancre, p. 139.

Caractères généraux des chancres syphilitiques, p. 140.

Formes cliniques, p. 142: 1° chancre papulo-érosif, p. 142; 2° chancre croûteux ecthymateux, p. 143; 3° chancre ulcéreux, p. 143; 4° chancre pseudo-membraneux, p. 144; 5° chancre gangréneux, p. 144; 6° chancre hypertrophique, p. 144; 7° chancre nain, p. 145; 8° chancre pétéchial ou cyanotique, p. 145.

Ces diverses variétés peuvent se rencontrer dans toutes les régions, et sauf pour le prépuce et la langue, il n'y a pas lieu de décrire des variétés régionales.

Diagnostic différentiel, p. 146 : I. Cas indiscutables typiques p. 146; II. Cas douteux et de diagnostic actuellement impossible, p. 146; III. Cas faciles. Diagnostic avec : — le **chancre mou** p. 147, et les **chancres mixtes** (fréquence et importance) p. 148; — l'érosion traumatique, p. 153, — l'herpès, p. 154, — la gale, p. 154, l'épithélioma, p. 155.

Résumé du diagnostic clinique et contrôle bactériologique : surveillance périodique pendant trois mois, au moins dans tous les cas douteux, p. 156.

Traitement du chancre : traitements dits « abortifs », p. 156.

1° Injections quotidiennes de sels mercuriels solubles et traitement local du chancre, p. 156.

2° Injections de 606 ou de 914 associées au traitement mercuriel, p. 159.

3° Injections fessières mercurielles et injections locales péri-chancreuses d'hectine, p. 161.

Doit-on exciser le chancre, p. 162.
Complications : Les phagédénismes, diagnostic et traitement, p. 163.
Le pronostic du chancre, p. 167 : Impossibilité de prédire l'évolution de la syphilis d'après le chancre. Nécessité de continuer le traitement après la guérison du chancre, p. 167.

L'infection syphilitique, sauf les syphilis conceptionnelles et héréditaires, résulte d'une inoculation cutanée ou muqueuse : le point d'inoculation est marqué par une lésion spéciale, le chancre induré, qui n'apparaît que 20 à 30 jours après la contamination.

Le chancre a été observé à tous les âges, dans toutes les régions, sauf, dit-on, à la plante du pied ; il peut résulter des modes d'inoculation les plus divers et les plus invraisemblables, sans parler des chancres des organes génitaux, de l'anus, de la bouche, de la langue et de l'amygdale résultant de contacts vénériens.

Le rasoir du barbier, les ciseaux, la tondeuse du coiffeur inoculent le menton, la joue, les lèvres.

L'emploi d'une pipe, d'un verre, d'une fourchette, d'une tétine de biberon, d'un chalumeau de verrier, d'un cornet à piston, etc., peuvent inoculer les lèvres, la langue, les amygdales.

Une brosse à dents, un instrument de dentiste peuvent syphiliser les gencives, la langue.

Un baiser « innocent », de convenance, peut contaminer la figure, la main, s'il existait un bouton d'acné, une érosion eczémateuse.

Un doigt sale, un postillon peuvent inoculer la paupière, la conjonctive, surtout la caroncule lacrymale.

Un crayon mâchonné par un syphilitique, introduit ensuite dans la bouche, le nez, l'oreille..., a pu déterminer des chancres.

Une brûlure d'iode pansée avec de l'ouate souillée par les plaques muqueuses d'une sœur malade a pu contaminer le thorax d'un enfant.

L'enfant hérédo-syphilitique donne un chancre du sein, du mamelon, à sa nourrice ; le vaccin provenant d'un enfant hérédosyphilitique a pu donner des chancres du bras, etc.

Une morsure au cours d'une rixe a pu inoculer le dos de la main, un doigt, la joue.

Un soldat ayant de l'eczéma des avant-bras, s'appuyant sur un poêle où séchaient les compresses d'un syphilitique a eu des chancres multiples.

Une cautérisation d'un simple bouton d'acné par le crayon de nitrate d'une syphilitique a donné un chancre de l'abdomen.

Un toucher vaginal, un examen médical, une piqûre opératoire, ont pu infecter, au doigt, médecin et sage-femme.

Un instrument, une aiguille non stérilisés ont pu transmettre la syphilis.

Un infirmier frottant avec une compresse malpropre sa région anale eczémateuse a eu un chancre.

Un homme portant une femme à califourchon sur sa nuque a eu un chancre du cou ; un homme a eu par le même mécanisme un chancre de la cuisse, etc., etc.

***

Caractères généraux des chancres syphilitiques

Le chancre commence par une petite lésion érosive, arrondie, rouge, papuleuse, sans caractères, sans induration (phase d'éclosion). Il ne devient guère « spécial » qu'au bout de 4 à 5 jours, souvent plus. Il progresse pendant 10 à 20 jours (phase d'augment et de constitution),

et prend sa forme typique (période de maturité ou période adulte). Ses caractéristiques sont alors : lésion circonscrite, arrondie ou ovalaire (sauf déformation régionale), surélevée, plate, érosive exulcérée et non ulcérée au moins au début et sauf complication, propre, non suppurante, à peine suintante, rose ou chair-musculaire, indurée, indolente, aphlegmasique, c'est-à-dire sans empâtement, saignant lorsqu'on la frotte, suintant à peine quand on presse sa base et donnant de la sérosité ou du sero-pus, non auto-inoculable[1].

Le chancre est, sauf exception, accompagné d'une adénopathie, apparaissant le 5e ou 8e jour du chancre, formée d'un ganglion unique ou d'une pléiade de ganglions unilatérale ou bilatérale, ordinairement ordonnés autour d'un ganglion plus gros. Ces ganglions sont gros, froids, indolents, durs, mobiles, non adhérents. L'adénopathie ne manquait que 3 fois sur 5000 cas de la statistique de Fournier. Le bubon satellite est le « meilleur signe du chancre, dit Fournier, il vaut mieux que le chancre lui-même ».

Le chancre est d'ordinaire unique, mais souvent aussi multiple : les chancres multiples apparaissent soit simultanément, soit successivement[2].

Le chancre persiste 2, 4, 6, 8 semaines (période d'état), il régresse lentement (période de réparation cicatricielle), l'érosion se cicatrise et l'infiltration se résorbe ; parfois il dure des mois sous forme d'un noyau induré non ulcéré, indolent, permettant un diagnostic rétrospectif.

1. Au moins à partir du 10e, 12e jour (Queyrat et Pinard).

2. Fournier en a vu 23 sur un même malade : parfois une affection antérieure produisant des érosions multiples, un eczéma, la gale surtout, explique la multiplicité des chancres.

Gaucher a vu l'induration persister 23 ans! parfois au contraire il est si fugace qu'il passe inaperçu.

Le chancre laisse une macule rouge sombre qui peu à peu s'atténue. Même très infiltré, il disparaît « sans cicatrice et sans stigmate », à moins qu'il ne se soit ulcéré.

Formes cliniques. — Ce sont toujours les mêmes caractères plus ou moins modifiés que l'on retrouve dans les formes du chancre syphilitique.

1° *Chancre papulo-érosif* (Planche 5, p. 132). Cette variété représente la forme habituelle du chancre sur les demi-muqueuses : face interne du prépuce et rainure balano-préputiale, etc. Le chancre forme un nodule saillant non ulcéré ; l'érosion est minime, son fond est lisse, égal, uni, propre ; elle n'existe qu'au centre et l'induration la déborde plus ou moins sous forme d'un bourrelet induré ; la couleur est rosée, ou rouge, ou rouge brun (chair musculaire) ou rose violacé.

L'induration est le signe primordial : on la *voit* lorsque le malade ramène le prépuce en arrière pour découvrir le gland ou au contraire fait le mouvement inverse, la rondelle indurée semble arrêter le mouvement, puis se mobilise comme par un déclanchement ; on la voit souvent sans faire aucun mouvement, l'érosion est en effet débordée par un bourrelet lisse tendu, non ulcéré, rouge ou rose violacé qui encercle l'érosion. Si on ne la voit pas, on peut la palper ; le plus souvent elle est évidente aux doigts qui la saisissent par les bords, à des pôles opposés, la mobilisent, la soulèvent au-dessus des plans profonds ; tantôt elle ressemble à une pièce de monnaie incluse dans le derme (induration nodulaire), tantôt elle est noueuse, semi-globuleuse, profonde, etc. Parfois elle est fine, lamellaire, demandant une prise délicate de la lésion entre deux doigts, car elle est flexible, ployant sous le doigt (induration lamellaire parcheminée). Exceptionnellement elle est aussi fine qu'une

PLANCHE 5

Chancres papulo-érosifs doubles «en vis-à-vis» de la partie interne des grandes lèvres

Saillants, indurés, plats ou légèrement granuleux, orangés, à peine suintants.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 142 1°.) *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. BERGUET PARIS

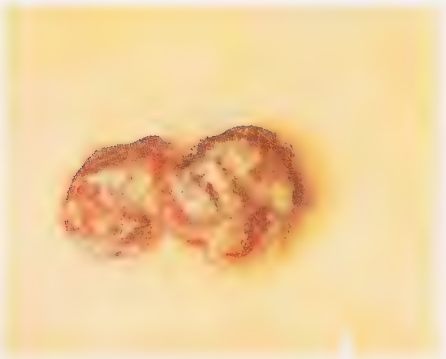


FIG. 1. — **Chancres impétigineux multiples de la paroi abdominale**
Deux sont recouverts d'une croûte arrondie, épaisse, jaune, mélicérique, raboteuse. Sous ces croûtes le chancre est à vif, exulcéré, rose jaunâtre, ovalaire à bords nets, peu saillant, induré.

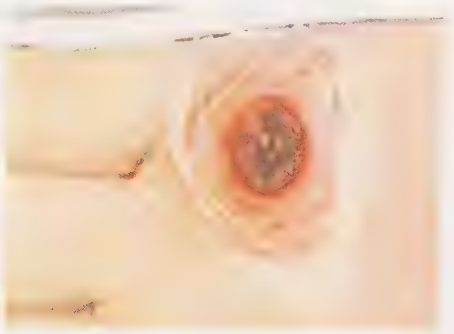


FIG. 2. — **Chancre « ecthymateux » de la paume de la main**
La lésion arrondie saillante, infiltrée et indurée est recouverte d'une croûte brunâtre enchâssée. Tout autour l'épiderme est rosé et desquame.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 142 2°.) *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. DELTEIL PARIS

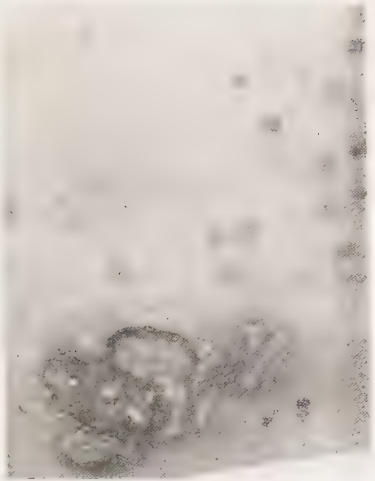


FIG. 1. — **Chancres syphilitiques ecthymateux ulcéro-croûteux de la paroi abdominale.**

La lésion, formée de la confluence de quatre chancres, a un contour polycyclique. Le chancre du milieu, débarrassé de sa croûte, est profondément ulcéré, jaunâtre, son bord est curviligne, nettement entaillé à pic et rouge vif; les autres chancres sont recouverts de croûtes épaisses jaune verdâtre rocailleuses. Tout autour on aperçoit les syphilides secondaires.

Gougerot, *Syphilis*, p. 113.

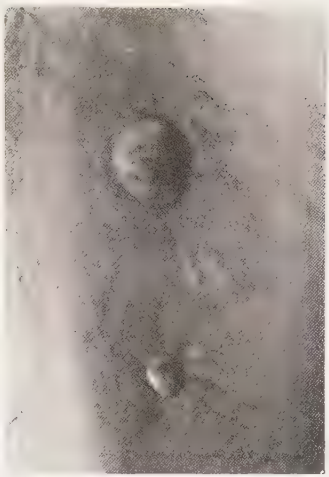


FIG. 2. — **Chancres syphilitiques de l'aine. Variété ulcéreuse**

Ulcérations arrondies, bords curvilignes, tracés au compas, à fond jaunâtre, tiqueté de points rouges, à base largement infiltrée.

FIG. 3. — **Chancre syphilitique térébrant de la vulve**

L'ulcération arrondie, petite, étroite, à bords nets, curvilignes, taillés à pic, à 1 centimètre de profondeur, le fond creusé en sorte d'entonnoir est jaunâtre. Les bords infiltrés ont conservé la teinte normale de la peau.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

feuille de papier, se roulant comme elle (induration papyracée, foliacée) et difficile à sentir, etc.

C'est en un mot une érosion sur une base indurée, l'ulcération peut manquer ou se cicatriser et même l'induration peut s'étendre après cicatrisation.

L'induration ne manque que par exception (1 p. 100) ou parce que le siège au col utérin, à la forme naviculaire, etc., empêche de l'apprécier.

Par transitions nombreuses, ce chancre papulo-érosif aboutit au chancre ulcéreux, tantôt le centre seul est ulcéré (chancre cupuliforme, chancre en lampion), tantôt l'ulcération envahit toute la surface du chancre.

2° *Chancre croûteux ecthymateux* (Planche 6, fig. 2 et planche 7, fig. 1). (Syn. : ch. cutané ulcéro-croûteux.) C'est le chancre le plus fréquent sur la peau : on aperçoit une croûte brunâtre, arrondie, isolée, bien circonscrite, incrustée dans la peau qui l'entoure, assez adhérente, épaisse ou mince, laissant voir au-dessous d'elle, tantôt une papule saillante exulcérée, tantôt une ulcération plus ou moins creuse indurée. Le début se fait par une papule et non par une pustule à la façon de l'ecthyma.

D'autres fois la croûte est jaune mélicérique simulant l'impetigo : d'où le nom de *chancre impétigineux* (Planche 6, fig. 1).

3° *Chancres ulcéreux.* — Les chancres ulcéreux peuvent succéder aux deux variétés précédentes ou d'emblée s'ulcérer dès leur début (Planche 7, fig. 2 et 3 et planche 10, fig. 1).

L'ulcération est d'aspect très variable : nue ou recouverte d'une croûte, — propre et rouge ou suppurante et tapissée de fibrine, — petite, ulcérant une minime partie de l'infiltration ou envahissant tout le chancre, — arrondie ou irrégulière, superficielle ou profonde, — à bords à pic adhérents, ou exceptionnellement décollés, etc.; mais ce qui caractérise ce chancre, c'est que sa base est indurée, que

l'ulcération est creusée dans l'infiltrat chancreux et débordée par un ourlet induré, enfin qu'il s'accompagne de l'adénopathie régionale.

Ces chancres ulcéreux mutilent d'ordinaire fort peu, car l'ulcération est creusée dans l'infiltrat ; toutefois ils peuvent trouer le prépuce et exceptionnellement ouvrir une artériole d'où résulte une hémorragie parfois grave.

4° *Chancre pseudo-membraneux* (Planche **8**, p. 142). — Ces chancres se rencontrent surtout aux régions génitales et dans le bucco-pharynx, à l'amygdale en particulier, où ils sont fréquemment confondus avec une angine diphtérique (*chancre diphtéroïde*).

Tantôt le chancre forme une large macule non saillante ou une papule surélevée, arrondie, de 4 à 30 millimètres de diamètre, recouverte d'un enduit pseudo-membraneux continu, blanchâtre, blanc grisâtre ou blanc jaunâtre (dit « lard ranci ») entouré d'un liseré carminé de 1 à 2 millimètres de large, limité par un bord brusquement arrêté tracé au compas (Planche **8**, fig. 2).

Tantôt le centre est érodé ou ulcéreux, la pseudo-membrane ne persiste que sur les bords, etc. (Planche **8**, fig. 1).

Mais toujours on retrouve les caractères de base indurée et d'adénopathie régionale spéciale.

5° *Chancre gangréneux.* — Cet aspect du chancre est dû à une surinfection par des anaérobies, il s'agit donc en réalité de chancre compliqué (v. p. 165 et planche **14**).

6° *Chancre hypertrophique* (Planches **9** et **10**, fig. 2, p. 142) (Synonymie, chancre géant, chancre tumeur, chancre épithéliomateux).

Tantôt le chancre est tomenteux, simulant à la face, au menton surtout, un sycosis trichophytique ; il ressemble à un gros macaron plaqué sur la peau, saillant de 5, 6, 8 millimètres, parfois plus (Planche **9**).

Tantôt il est papillomateux simulant une tuberculose.

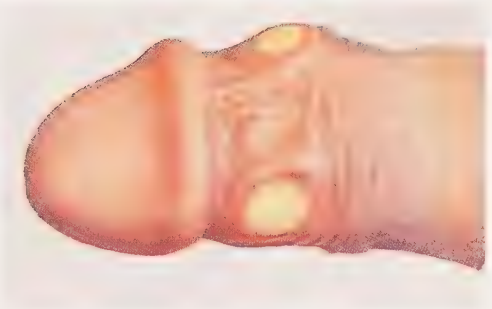


FIG. 1. **Chancres papulo diphtéroïdes doubles de la face interne du prépuce**

Arrondis, saillants, exulcérés, plats, à peine suintants ; la surface est blanc-jaunâtre, pseudo-membraneuse, limitée par un bord net tracé au compas ; une couronne indurée rosée et non ulcérée déborde et entoure cette surface exulcérée.

FIG. 2. — **Chancre diphtéroïde sous-claviculaire**

La lésion ne paraît saillante que sur le bord externe où elle est rouge exulcérée, tout le centre est recouvert d'un enduit fibrineux jaunâtre.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 144 1°.) *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. DELBROUCK, PARIS

PLANCHE 9

Chancres hypertrophiques du menton

Lésions énormes,très saillantes « chancres en macarons » ulcérées; la surface creusée dans l'infiltrat est lisse ou bourgeonnante, rouge et même sanguinolente ou jaunâtre, les bords sont en talus presque à pic, tout autour on aperçoit des papules rosées secondaires.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 111 2e.) *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. PETROT - PARIS

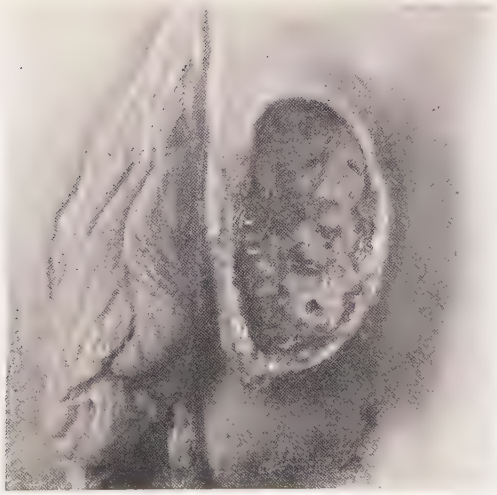


FIG. 1. — **Chancre syphilitique ulcéreux « térébrant » de la vulve**

L'ulcération large et très profonde est hémisphérique, les bords indurés rouges violacés sont adhérents, le fond est jaune tacheté de bourgeons rouges.

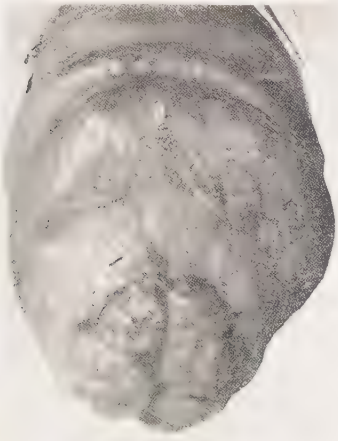


FIG. 2. — **Chancre syphilitique hypertrophique épithéliomatiforme du méat et du gland.**

Formant des bourgeons irréguliers indurés rouges saignants qui simulent un épithélioma.

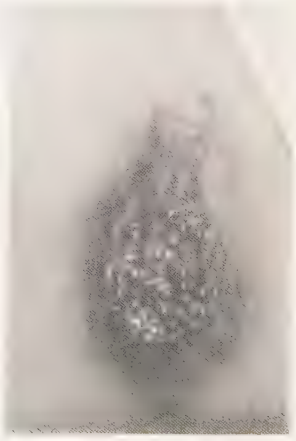


FIG. 3. — **Chancre syphilitique pétéchial et cyanotique de la cuisse**

Le chancre de 5 cm. sur 3, est surélevé, saillant : les bords sont cyanotiques, la surface est presque plane, rouge, parsemée de points ecchymotiques.

Gougerot, *Syphilis*, p. 1143.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Tantôt il est végétant, simulant un cancer : à la verge, à la face, à l'amygdale, à la langue (Planche **10**, fig. 2).

Tantôt l'infiltration envahit démesurément les tissus voisins simulant un cancer : à la pointe de la langue.

Pourtant, pour peu qu'on pense à la syphilis et que l'on cherche les caractères du chancre, on les retrouve facilement et le diagnostic est aisé.

7° *Chancres nains.* — A l'inverse des chancres géants, on observe des chancres minuscules de 1, 2, 3 millimètres « lenticulaires », « nains ».

Tantôt ces chancres nains ont tous les caractères du chancre syphilitique : induration, etc.

Tantôt ils ont un aspect banal : petite ulcération ou simple érosion superficielle due à l'exfoliation épidermique, arrondie ou fissuraire, rougeâtre, plane, sans bords, sans arêtes circonférentielles, fournissant à peine un léger suintement séreux, à base insignifiante non indurée (chancre sans induration et sans bubon).

8° *Chancre pétéchial* ou *chancre cyanotique* (Planche **10**, fig. 3). — Ce sont des formes exceptionnelles.

Tantôt le chancre est piqueté de petits points purpuriques.

Tantôt le chancre est violacé cyanotique.

Entre ces diverses formes existent toutes les transitions : chancre papulo-érosif à surface diphtéroïde, etc.

Ces diverses variétés peuvent se rencontrer dans n'importe quelle région. Telle variété est simplement plus fréquente que telle autre, il n'y a donc guère lieu de décrire des formes du chancre suivant les régions, sauf au prépuce qui devient souvent phimosique et tuméfié (chancre phimosis, chancre en battant de cloche), sauf à la langue (chancre fissuraire stellaire). Ces variétés régionales sont intéressantes, surtout au point de vue diagnostic et c'est aux « diagnostics régionaux » que nous étudierons les plus importantes d'entre elles (v. chap. XXII, p. 399).

*
* *

Diagnostic différentiel.

Le traitement précoce des chancres syphilitiques est si important que l'on doit enseigner au public l'utilité d'une surveillance minutieuse des régions génitales et la nécessité de venir consulter le médecin dès l'apparition de la moindre lésion.

I. — *Cas indiscutables*. Lorsque le chancre a ses caractères habituels, son diagnostic est facile, il suffit d'y penser. On applique aussitôt le traitement.

II. — *Cas douteux et de diagnostic actuellement impossible*. Il est des cas nombreux, où l'aspect du chancre est défiguré, surtout par une infection secondaire, le diagnostic peut devenir très difficile. *On pensera toujours à la syphilis devant toute lésion génitale* et on cherchera systématiquement les signes du chancre : longue incubation, progression lente en 4 à 20 jours, lésion limitée, arrondie, régulière et lisse, plane au moins au début, rouge, peu suintante, indurée, indolente et aphlegmasique accompagnée d'un ou plusieurs ganglions durs, indolents, mobiles, non auto-inoculable après le 12e jour. On s'aidera de la « méthode des confrontations », c'est-à-dire on essaiera d'examiner la personne contagionnante. En certaines régions (amygdale, œil) surgissent des difficultés spéciales qu'il faudra tenter de résoudre au chapitre des diagnostics régionaux. Mais on ne doit plus attendre aujourd'hui l'apparition des phénomènes secondaires, ce qu'on était forcé de faire autrefois dans un cas douteux ; on devra recourir à la *recherche directe du trépo-*

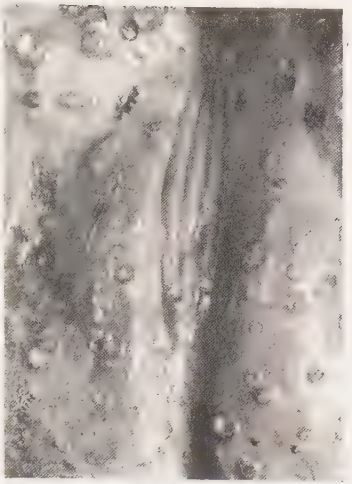


FIG. 1. — **Chancres mous multiples de la vulve**

Caractéristiques par leur grande multiplicité, leur forme irrégulière inégale, leurs ulcérations suppurantes, leur fond jaunâtre. Cette multiplicité résulte d'auto-inoculations, notamment péripilaires : folliculites chancrelleuses.

Gougerot, *Syphilis*, p. 146.

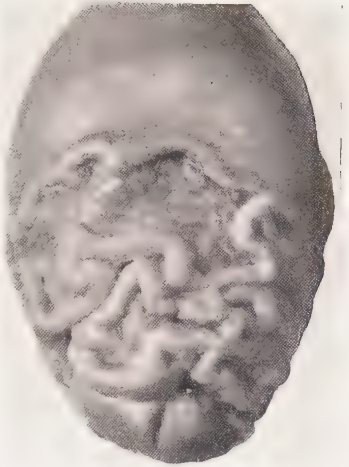


FIG. 2. — **Chancres mous du fourreau**

Caractéristiques par leur multiplicité, leur forme irrégulière, leurs bords décollés atones, leurs ulcérations assez profondes, suppurantes, leur fond jaunâtre parfois bourgeonnant.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

nème dans le chancre dès ses premiers jours et à la réaction de Wassermann après le 20e jour, car la séro-réaction n'apparaît que le 20, 25, 30e jour du chancre (v. p. 435) Si les examens restent négatifs et que le doute persiste il faut *répéter les essais*. Si on hésite, il vaut mieux *commencer aussitôt le traitement* plutôt que de perdre un temps précieux à attendre une certitude; il suffira de *prévenir le malade que le traitement est fait « sous bénéfice d'inventaire »* : *série de 20 injections quotidiennes de sels mercuriels solubles chaque mois pendant les six premiers mois*, puis six mois de pilules, et l'on continuera à surveiller le malade : *on fera un Wassermann tous les mois jusqu'au 6e mois, puis le 9e et 14e mois*, car les Wassermann peuvent être retardés par le traitement. A la fin de la première année le traitement sera cessé, mais *par prudence, on conseillera un Wassermann aux 24e, 36e, 48e mois.*

III. — *Cas faciles.* Il est des cas où le chancre syphilitique est facile à éliminer ou tout au moins est *actuellement* improbable. Voici le résumé du diagnostic différentiel entre le chancre syphilitique et les affections qui le simulent :

Chancre mou (Planche 11). — (Synonyme : chancre chancrelleux, chancrelle chancre dû au bacille de Ducrey).

Les chancrelles sont habituellement multiples, souvent confluentes — surviennent après une incubation courte de 2 à 3 jours — sont creusées par une véritable ulcération; — l'ulcération est limitée par des bords entaillés faisant arête, souvent décollés — à fond inégal vermoulu — jaunâtre clair anime ou grisâtre et non rouge — donnant une sécrétion de pus; — la base est molle ou ne présente qu'une résistence inflammatoire diffuse — les chancrelles

ne donnent pas forcément une adénopathie — mais si un bubon survient, l'adénopathie est monoganglionnaire, chaude, douloureuse, empâtée de périadénite inflammatoire qui immobilise le ganglion; la peau se teinte de rose, puis le ganglion suppure, rougit la peau, l'envahit et l'ulcère, donnant souvent une nouvelle chancrelle (chancre ganglionnaire); — la chancrelle est auto-inoculable à toutes les périodes, c'est-à-dire que le pus, inoculé au porteur du chancre, donne en 24 à 48 heures une pustule qui, déchirée, laisse apercevoir un petit chancre caractéristique. (Il importe de détruire aussitôt cette lésion expérimentale, soit par une pointe de feu, soit avec la pâte sulfocarbonée de Ricord). — La chancrelle n'est jamais suivie d'accidents secondaires. Tous ces signes s'opposent un à un à ceux du chancre syphilitique.

Le critérium bactériologique est la constatation dans le pus du bacille de Ducrey agent spécifique du chancre, facile à colorer par les bleus et ne prenant pas le gram.

Mais il est des cas difficiles: la chancrelle peut être unique et le chancre syphilitique multiple; la chancrelle irritée (par la pommade au calomel par exemple) peut s'indurer; elle peut au moment où elle régresse n'être plus suppurante et prendre l'aspect propre du chancre syphilitique; son ganglion peut être peu douloureux, relativement mobile et inversement le bubon syphilitique, infecté par des bactéries pyogènes, peut prendre l'allure phlegmasique, etc.

Enfin et surtout il faut toujours avoir présent à l'esprit qu'un chancre mou n'est souvent que le début d'un chancre mixte (c'est-à-dire d'un chancre dû à l'infection mixte par le bacille chancrelleux de Ducrey et par le tréponème syphilitique de Schaudinn).

Chancres mixtes. — Les chancres mixtes sont si fréquents que devant tout chancre mou on doit systématiquement soupçonner la syphilis (Gaucher).

L'aspect clinique et les difficultés diagnostiques varient d'un cas à l'autre.

Tantôt le chancre mixte apparaît avec les caractères du chancre mou et garde les caractères chancrelleux pendant toute son évolution : le chancre mou masque la syphilis; à aucun moment on ne constate l'induration et l'aspect du chancre syphilitique et l'on est étonné de voir le malade porteur de roséole ou de plaques muqueuses. Le diagnostic clinique était impossible jusqu'à l'apparition de ces symptômes de syphilis secondaire. Ce sont ces cas qui prouvent que devant le chancre mou le plus caractéristique, le plus pur, il faut néanmoins rechercher la syphilis.

Tantôt et le plus souvent le chancre mixte naît, sous la forme d'un chancre mou, deux à cinq jours après l'inoculation; puis vers le vingtième ou trentième jour (délais de l'incubation du chancre syphilitique), il se modifie peu à peu, s'indure sur un bord, etc.; en un mot, quoique conservant les caractères du chancre mou, son aspect ulcéreux et suppurant, il acquiert certains caractères du chancre syphilitique, il prend donc vraiment un aspect « *mixte* ». On est tenté de ne voir que le chancre mou, mais le diagnostic de syphilis est facile, à condition d'y penser. Habituellement le chancre mixte perdra plutôt les caractères de chancre mou que ceux du chancre syphilitique sous l'influence du traitement local, cela en raison de la bénignité ordinaire du chancre mou actuel.

Tantôt, et plus rarement, le chancre mixte a d'abord l'aspect du chancre mou, mais le chancre mou a eu le temps de se cicatriser complètement et même de disparaître sans laisser de trace, ou bien il commence à guérir prenant l'aspect d'une plaie banale, quand au même point le chancre syphilitique commence à apparaître avec ses caractères typiques. La différence des incubations explique facilement cette succession en deux temps. Le diagnostic de syphilis est facile

et c'est plutôt le chancre mou antérieur que l'on aurait tendance à méconnaître. Mais, pour preuve du caractère mixte du chancre, on voit souvent apparaître et suppurer un bubon inguinal qui est bien chancrelleux, car le pus ganglionnaire contient du bacille de Ducrey.

Tantôt enfin le chancre mou a passé inaperçu, ce qui ne doit pas étonner avec ce qu'on sait de l'évolution du chancre mou. Le chancre syphilitique apparaît typique en même temps qu'une adénite suppurée dont la suppuration ne s'explique pas par l'aspect du chancre propre et net, mais on en trouve la raison dans la constatation du bacille de Ducrey sur les frottis de pus ganglionnaire.

Diagnostic clinique. — Quels sont donc les signes qui permettent de soupçonner la syphilis masquée par un chancre mou, nous les avons détaillés (*Paris médical*, 1912, n° 21) et montré leur importance. Tantôt ils existent dès le premier examen médical, tantôt le médecin en note l'apparition par des examens successifs.

Ce sont :

— *L'induration de la base du chancre*, signe inconstant, non caractéristique, car il manque dans certains chancres mixtes et peut exister dans le chancre mou simple à la suite d'irritations mécaniques, frottements, cautérisations (pommade au calomel).

— *Bourrelet non ulcéré, induré, débordant plus ou moins largement l'ulcération* creuse et suppurante du chancre mou sur la totalité ou sur une partie de son pourtour ; souvent c'est sur un seul des chancres mous multiples que l'on découvre ce signe. Si le bourrelet induré est étroit, il se réduit à un anneau encerclant tout ou partie du chancre. S'il est large, le chancre a deux parties, l'une, exulcérée ou non, saillante, d'aspect syphilitique, l'autre ulcérée, suppurante, d'aspect chancrelleux.

— *Phimosis inflammatoire récent* ou mieux phimosis par infiltration syphilitique, laissant écouler du pus ou creusé

d'ulcérations chancrelleuses dans les plis radiés préputiaux.

— *Persistance d'une ulcération « propre »*, chair musculaire après la détersion d'une ulcération creuse suppurante : cette ulcération propre non suppurante va prendre de plus en plus les caractères du chancre syphilitique simple.

— *Ganglions durs indolents, mobiles, existant des deux côtés sans bubon chancrelleux* ; — *ou associés du même côté à un bubon chancrelleux enflammé, rouge, douloureux, empâté et fixé par l'œdème périadénique* ; — *ou existant du côté opposé au bubon chancrelleux* (**adénopathie mixte**) ; parfois on trouve sur un même ganglion cet aspect mixte. Mais il faut se méfier que beaucoup de citadins, surtout les individus de tempérament scrofuleux, ont à l'état habituel des ganglions durs, mobiles, indolents qui ressemblent aux ganglions syphilitiques. Le mélange de ces ganglions à ceux du chancre mou pourrait faire croire à l'adénopathie mixte du chancre mixte.

Ces signes sont tantôt isolés, tantôt réunis et suffisent à affirmer la syphilis ; mais souvent « le chancre mou est si caractéristique, si pur, que l'on aurait, dit Gaucher, mauvaise grâce à soupçonner la syphilis » et l'apparition de phénomènes secondaires vient démentir l'heureux pronostic. Autrefois on était contraint d'attendre l'évolution des phénomènes secondaires pour trancher l'hésitation ; aujourd'hui on peut hâter le diagnostic de syphilis, et partant le traitement, en sachant bien employer les techniques bactériologiques.

Diagnostic bactériologique. — Ce diagnostic bactériologique est donc nécessaire pour affirmer la suspicion clinique ; il est facile à condition de se souvenir de quelques notions très simples bien que souvent méconnues et sur lesquelles nous avons plusieurs fois insisté.

Tout d'abord il est bien entendu que la constatation du bacille de Ducrey, l'auto-inoculation du chancre ne peuvent faire éliminer le diagnostic de syphilis, puisque précisément

le chancre mixte renferme les deux virus chancrelleux et syphilitique. La recherche du tréponème et l'épreuve de la réaction de Wassermann sont les deux méthodes de choix :

La recherche du tréponème sera faite à l'ultramicroscope en prélevant non pas le pus mais la sérosité de raclage de la paroi du chancre, après l'avoir détergée. J'ai en effet montré que dans le pus du chancre mixte le tréponème était exceptionnel, sans doute parce que les polynucléaires altérés, les digèrent, grâce à leur protéase mise en liberté et cytolysent les protozoaires; au contraire, dans la paroi, le tréponème persiste et est plus facile à trouver. Il ne faut pas se contenter d'un seul examen s'il est négatif, mais le répéter les jours suivants.

Les réactions de Wassermann-Neisser-Brück devront être faites en séries. Il faut bien se souvenir que les réactions de Wassermann pratiquées dans les premières semaines sont négatives, c'est qu'en effet la réaction de W.-N.-B. ne devient positive dans un chancre syphilitique qu'après le 20e jour; or le chancre mixte avance sur le chancre syphilitique de toute la période d'incubation de ce dernier; il ne faut donc (admettant que le chancre syphilitique apparaît du 21e au 28e jour après le chancre mou) attribuer toute sa valeur à la réaction de W.-N.-B. que 40 jours au plus tôt, 55 à 60 jours en moyenne après le début du chancre mou. Avant le 60e jour une réaction de Wassermann négative ne signifie rien, il faut la recommencer au délai voulu.

Méconnaître ces faits très simples entraînerait à donner une valeur inexacte aux résultats négatifs de l'ultra-microscope et du séro-diagnostic.

Si nous insistons tant sur le diagnostic précoce du chancre mixte, c'est que ce diagnostic comporte des conséquences pronostiques et thérapeutiques.

Méconnaître un chancre mixte, c'est perdre un temps précieux à ne pas appliquer le traitement antisyphilitique; parfois le malade sort de l'hôpital ou échappe à l'observa-

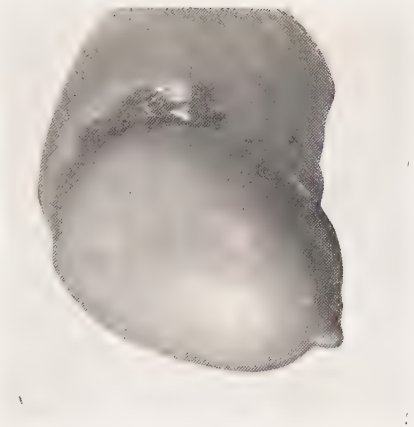


FIG. 1. — **Ulcérations traumatiques syphiloïdes**

Ulcérations rouges, lisses, à base indurée, consécutives à des cautérisations de végétations banales faites avec l'acide chromique et simulant des chancres syphilitiques.

FIG. 2. — **Gale : chancres scabieux du gland et du fourreau**

On remarquera la forme irrégulière souvent allongée et sigmoïde comme le sillon galeux qui leur a donné naissance. Sur le bord droit du gland et sur le fourreau on aperçoit deux sillons.

Gougerot, *Syphilis*, p. 153.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

tion du médecin avant que l'apparition des accidents secondaires ne vienne rectifier l'erreur; le malade trop souvent néglige des accidents indolents et aussi légers qu'une roséole et des plaques muqueuses, il ne se traite pas et parfois (nous avons assisté à la fin de l'histoire d'un cas semblable) des lésions célébro-méningées bientôt mortelles ramènent le malade à l'hôpital, or on peut espérer qu'un diagnostic précoce et partant un traitement énergique auraient prévenu ou tout au moins arrêté l'évolution de cette syphilis si grave.

Reconnaître au contraire, dès le début, un chancre mixte, c'est permettre un traitement précoce qui fera sinon avorter la syphilis, au moins l'atténuera dans une très grande mesure ; aussi, dès qu'il y a le moindre doute clinique et avant que les examens bactériologiques n'aient eu le temps d'être valables, doit-on faire le traitement syphilitique, ce que j'appelle le traitement « sous bénéfice d'inventaire » ; il suffit de prévenir le malade que le diagnostic de syphilis n'est pas certain et qu'on le traite par précaution pour ne pas perdre un temps précieux, si la syphilis était associée au chancre mou.

En résumé tout malade atteint de chancre mou sera surveillé cliniquement et bactériologiquement trois mois au moins, ce qui permettra toute sécurité dans le diagnostic.

Erosion traumatique (Planche **12**, fig. 1). Fréquente surtout au frein chez l'homme, à l'anneau vulvo-vaginal chez la femme, cette lésion a un aspect banal, une forme irrégulière non arrondie; elle s'accompagne souvent d'un peu d'œdème, mais non d'induration; elle est douloureuse et régresse rapidement. Le diagnostic ne devient difficile que si l'érosion s'indure artificiellement sous l'influence d'un topique mercuriel, par exemple, si les ganglions s'infectent et se tuméfient, si la lésion s'irrite et persiste plus que de coutume.

Herpès (Planche **13**). Fréquent dans les régions génitales et buccales, l'herpès survient souvent à l'occasion d'une petite infection, d'un trouble gastro-intestinal, des règles, d'un choc émotif; il est souvent précédé d'une tension locale, parfois d'une sorte de prurit ou même d'une sensation de brûlure. Le malade a déjà eu mainte récidive semblable. On découvre parfois autour de la lésion principale des vésicules aberrantes typiques (fig. 1).

La lésion est douloureuse, formée de vésicules isolées ou agminées; même lorsqu'elles sont flétries, il reste un *bord micropolycyclique* caractéristique (fig. 2); la base est souple, non indurée, l'érosion est très superficielle, non saillante; pressée elle laisse écouler une sérosité citrine, « l'herpès pleure », disait Leloir. Il n'y a pas d'adénopathie sauf infection secondaire; la guérison est rapide; l'adénopathie disparaît vite si elle existait; la cicatrisation ne laisse pas d'induration persistante lente à se résoudre.

Mais le diagnostic devient des plus difficiles entre le chancre et l'herpès confluent infecté persistant qui s'indure et tuméfie les ganglions — entre le chancre ulcéreux et « l'herpès creux » ulcéreux, — entre le chancre solitaire et l'herpès solitaire. Il faut essayer de retrouver les caractéristique de l'herpès, examiner le bord, rechercher le contour micropolycyclique, les véhicules aberrantes : l'induration de l'herpès est plutôt de l'empâtement que de l'infiltration chondroïde, l'adénite est plus sensible, plus douloureuse que dans la syphilis, plus empâtée, moins dure, moins globuleuse, moins mobile.

Chancre scabieux ou galeux ou plutôt *ecthyma scabieux chancriforme*. (Planche **12**, fig. 2). Ces lésions galeuses, qui ressemblent d'autant mieux à la syphilis qu'elles siègent sur la verge et sur le gland, sont multiples, croûteuses, plus petites et en même temps plus acuminées, plus saillantes que les chancres syphilitiques; elles sont plus irrégulières,

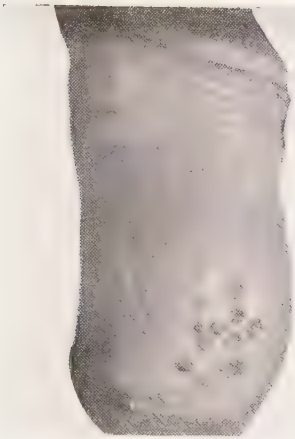


Fig. 1. — **Herpès de la verge au premier stade : Vésicules transparentes.**

Fig. 2. — **Herpès de la langue**

2e *stade* : Rupture des vésicules et exulcération. « Cinq jours avant le moulage, la malade avait remarqué, à la suite d'un accès de fièvre, une petite vésicule sur le milieu de la langue. L'avant-veille du moulage, toute la surface malade était recouverte d'un enduit saburral adhérent faisant une saillie de 2 millimètres environ ; cette saillie était très douloureuse. Quatre vésicules développées sur le voile du palais permirent de supposer la nature de la lésion de la langue. Deux jours après, la desquamation était commencée et la présence des vésicules à la partie antérieure, la *forme microcyclique* et *polycyclique* des bords de la lésion, ne laisse plus de doute sur sa nature. » (Du Castel.)

Gougerot, *Syphilis*, p. 154.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

souvent allongées comme les sillons de la gale, elles sont souvent plus inflammatoires, plus rouges, plus empâtées.

Au-dessous de la croûte soulevée, on voit soit une surface excoriée, exulcérée, rougeâtre de papule galeuse, soit une ulcération purulente d'ecthyma.

Il n'y a pas d'induration sauf irritation, pas d'adénite sauf infection lymphatique et cette adénite est du type inflammatoire.

Enfin on trouve sur le corps, entre les doigts, aux poignets, à la face antérieure des aisselles, à la face postérieure des coudes, les lésions caractéristiques de la gale : sillons, vésicules perlées, papules excoriées donnant ce prurit si spécial par sa recrudescence vespérale et nocturne. Le tout guérit par le traitement classique de la « frotte ».

Mais la gale étant souvent une maladie vénérienne (parce que contractée au lit) peut coexister avec un chancre syphilitique, d'autant mieux que la gale met à peu près le même temps « à fleurir » que le chancre à apparaître.

Epithélioma. L'épithélioma est ulcéreux en même temps que végétant ; les bords sont *érersés*, épais, en ourlet ; le fond est sanieux, laissant écouler un ichor fétide, il *saignotte au moindre contact* ; l'induration est *plus ligneuse*, plus marquée encore que dans le chancre ; la pression fait parfois sourdre des « vermiotes » ; la lésion est plus irrégulière de *forme*, plus envahissante, elle est souvent très douloureuse ; les ganglions au moins au début sont plus petits, plus nombreux ; l'évolution est chronique, dure plusieurs mois, le cancer ne guérit pas et s'aggrave, il ne s'accompagne pas d'accidents secondaires, etc.

Mais on connaît des erreurs célèbres, des chancres ont été opérés, extirpés comme cancer, et la roséole est venue démentir un sombre pronostic.

(En plusieurs régions se posent des diagnostics spéciaux :

hydroa, aphte, balano-posthite, qui seront discutés à propos des diagnostics régionaux v. p. 411).

Mais quelque évident que semble le diagnostic clinique, quelque certitude que l'on ait pour rejeter le diagnostic de syphilis, il ne faut jamais oublier que ces lésions traumatique, herpétique, chancrelleuse ont pu servir de porte d'entrée au virus syphilitique qui ne se manifestera que plus tard en raison de sa longue incubation. Il faut donc, *si le malade a été exposé à une source suspecte*, le surveiller tous les 8 jours pendant 3 mois (20 à 30 jours d'incubation plus 40 à 45 jours de 2e incubation = 60 à 75 jours), s'il n'a pas été traité. en lui faisant comprendre toute l'importance de cette surveillance [1].

En particulier pour le chancre mou, cette surveillance est indispensable en raison de la très grande fréquence des chancres mixtes; il faudra répéter les examens ultramicroscopiques et les séro-réactions en se souvenant de la fréquence des Wassermann tardifs lorsqu'un traitement puissant a été institué dès le début.

***

Traitement du chancre : « Traitements abortifs ».

Dès que le diagnostic est posé, le traitement doit commencer, aussi énergique que possible, car on peut espérer éteindre l'infection encore localisée.

Trois méthodes principales ont été préconisées :

1° Injections sous-cutanées de sels mercuriels

1. La surveillance sera d'un an, si le malade à été traité: (v. p. 147).

solubles. — C'est le traitement classique (Gaucher). On fait une série de piqûres aussi nombreuses que possible : 20, 25, 30 injections quotidiennes fessières de 0 gr. 02 de benzoate de mercure (v. p. 57) ou de salicyclarsinate de mercure (v. p. 80) ; on ne s'arrête avant la trentième que si on y est obligé par les douleurs localisées, on remplace alors les piqûres intra-fessières par des injections intra-veineuses ou par des frictions faites intentionnellement dans la région des ganglions infectés ; faute de mieux on ordonnerait des pilules.

On ne suspend le mercure que si l'intolérance y contraint et on fait alors en attendant mieux de l'hectine, on recommence le mercure dès que l'on peut. Après 30 jours de ce traitement ininterrompu, on arrête le moins longtemps possible, 5 jours, 8 jours au plus et on recommence une nouvelle série de 20 à 30 piqûres.

Même si les accidents secondaires n'apparaissent pas, on continue la première année une série mercurielle de 20 jours chaque mois. Si le malade le peut, on lui fera des piqûres, surtout pendant les six premiers mois. S'il ne peut pas s'astreindre à ses séries de piqûres on fera des frictions ; on ne conseillera les pilules, cachets et solutions qu'en dernier lieu, car ces méthodes d'ingestion, suffisantes pour les deuxième, troisième et quatrième années de la syphilis lorsqu'elle reste latente, sont insuffisantes la première année.

Localement contre le chancre, on se contentera le plus souvent de simples soins de propreté : lavage matin et soir à l'eau bouillie avec ou sans sublimé, 1/1000, suivis d'une onction avec la pommade au calomel au 1/10 ; si le chancre est ulcéreux, on poudrera avec une poudre inerte ou composée (oxyde zinc 10, calomel 1), avec du dermatol, de l'anio-

dol, etc.[1]. Il est logique d'employer en même temps que le traitement général, un traitement local par les pastilles de beurre de cacao contenant 0 gr. 03 de mercure métallique (Milian). Le malade applique une pastille matin et soir sur le chancre et rabat le prépuce par-dessus, ou l'introduit dans la vulve. Si on emploie ce traitement, il faut surveiller le malade de très près, car on augmente la quantité de mercure introduit et on risque la stomatite; dès le moindre symptôme d'alarme, on réduira les injections fessières à 0 gr. 01 de benzoate. Ce traitement local, presque toujours bien supporté localement, pourra être continué dans les périodes où l'on interrompt le traitement général, jusqu'à ce que le chancre et les ganglions régionaux soient complètement résorbés. Au delà, le traitement local n'a plus raison d'être si la syphilis reste latente ; il doit au contraire être repris si des accidents secondaires surviennent au même point.

1. Certaines localisations réclament un traitement spécial : le phimosis sera nettoyé avec une petite sonde molle et irrigué avec du sublimé au 1/1000 ou même du nitrate au 1/200; le paraphimosis sera débridé s'il y a menace de sphacèle, le chancre anal sera pansé avec des suppositoires de Fournier :

Di-iodoforme.	0 gr. 20
Extrait de jusquiame.	0 gr. 06
Beurre de cacao	3 gr.

ou par des mèches induites de vaseline cocaïnée et antiseptique; avant et après la défécation le malade se nettoyera avec de l'huile.

Un chancre bucco-pharyngé demandera de grands lavages, des gargarismes, des attouchements au nitrate ou au bleu de méthylène.

Un chancre du méat pourra être pansé avec mèche cocaïnée ou une bougie médicamenteuse pour éviter la sténose cicatricielle. Un chancre cutané sera protégé par un morceau d'emplâtre de Vigo, etc.

L'iodure sera donné si le chancre est très infiltré ou trop lent à se résoudre (v. p. 74).

Ce traitement mercuriel durera 4 ans au moins (v. p. 210) (Fournier et Gaucher).

2° Injections de 606 ou de 914 associées aux injections mercurielles.

Injections intra-veineuses. — Le 606 ou le 914 peuvent être employés en injections veineuses (v. p. 105) à doses répétées après une courte série de 3 à 5 jours d'injections de sels mercuriels solubles (voir 1re méthode, p. 95) par exemple :

1er jour 0, 20 à 0 gr. 30 de 606 ou 0, 30 à 0gr. 45 de 914 ;

3e, 4e, 5e jours 0 gr. 01 à 0 gr. 015 de cyanure de mercure intraveineux (v. p. 60) ;

6e jour 0 gr. 40 à 0 gr. 50 de 606 ou 0 gr. 75 de 914 ;

8e, 9e, 10e, 11e et 12e jours 0 gr. 01 à 0 gr. 015 de cyanure intraveineux ;

14e jour 0 gr. 50 à 0 gr. 60 de 606 ou 0, 70 à 0 gr. 90 de 914 ;

16e, 17e, 18e, 19e jours 0 gr. 01 de cyanure intraveineux ;

21e jour 0 gr. 01 par kilog de 606 ou 0 gr. 015 de 914 par kilog au maximum 0, 60 de 606, 0, 90 de 914 ;

23e, 24e, 25e, 26e jours injections intra-fessières de 0 gr. 02 de benzoate de mercure ;

28e jour même dose arsénicale que le 21e jour.

Au total, 2 grammes au moins de 606, car il vaut mieux ne pas commencer le traitement arsénical que de l'ordonner à des doses insuffisantes.

Il est bien entendu que l'on ne poursuivra les injections de 606 ou de 914 que si la dose précédente a été bien supportée (v. p. 97). On pourrait remplacer les injections de

cyanure par des injections fessières de 0 gr. 02 de benzoate de mercure dès le début ; on le fera dès que les injections de cyanure seront mal supportées. On pourrait encore faire *une seule* injection de 0 gr. 05 de calomel entre chaque injection de 606, deux à trois jours après cette injection (v. p. 64) : c'est-à-dire *une* injection de 606 et *une* injection de calomel par semaine.

On pourra avantageusement appliquer le traitement mercuriel local indiqué ci-dessus p. 158.

Après le vingt-huitième jour, on fera des injections quotidiennes de 0 gr. 02 de benzoate de mercure et le traitement local comme dans la méthode 1°. Le traitement mercuriel de sûreté durera pendant quatre ans (v. p. 208).

Quelques auteurs recommandent une deuxième série de trois injections de 606 au moment présumé où devrait apparaître la roséole. La première, de 0 gr. 30 de 606 ou 0 gr. 45 de 914, sera faite une dizaine de jours avant cette date calculée à raison de quarante jours après le début du chancre pour un chancre sous-diaphragmatique [1], la deuxième de 0 gr. 45 six jours plus tard, la troisième de 0 gr. 50 huit jours plus tard. On se contentera de trois injections musculaires de suspensions huileuses de 0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 40.

Injections intra-musculaires (v. p. 115). — Balzer recommande six injections hebdomadaires de 0 gr. 30 de 914 huileux intra-musculaires, suivies de cures mercurielles les semaines suivantes (Nous ferions en outre du traitement mercuriel entre les piqûres de 914). Trois mois après, il refait une deuxième série de quatre injections de 0 gr. 30

1. Pour un chancre céphalique, la roséole survenant vingt à trente jours après le chancre, cette 2e série ne peut être faite.

de 914 et six mois après une série semblable toujours suivant la même technique. Il continue entre temps le traitement mercuriel.

Ces méthodes sont certainement les plus actives de toutes, mais elles comportent quelques dangers (v. p. 120) : elles ne devront être employées que dans les vingt premiers jours du chancre. Dès que les accidents secondaires peuvent apparaître, les dangers augmentant notablement et l'espoir d'une stérilisation devenant plus aléatoire, nous les déconseillons : le traitement de choix est alors le traitement mercuriel.

3° **Injections intra-fessières de benzoate de mercure associées à des injections locales d'hectine.** — Hallopeau fait pendant trente jours en même temps que des injections quotidiennes intra-fessières de 0 gr. 02 de benzoate de mercure [1], des injections locales quotidiennes de 0 gr. 20 d'hectine autour du chancre. Ces injections locales sont pratiquées au moyen d'une aiguille courte très fine après nettoyage du tégument à l'éther, puis à l'alcool. Les quatre premières injections sont faites aux quatre points cardinaux du chancre et sous le chancre comme pour le séparer du tissu sous-jacent; les suivantes sont faites sur la peau de verge en remontant le long des lymphatiques vers le pubis, mais tous les cinq jours on refera une injection dans le chancre. Il semble logique d'en faire aussi autour des ganglions s'ils sont tuméfiés.

Ces injections locales, inoffensives sont malheureu-

1. Pour laisser reposer les fesses, on pourra faire la série de dix piqûres alternant avec dix frictions.

sement assez douloureuses; on calme la douleur avec des bains froids locaux et des pansements humides; la tuméfaction locale produite par les injections cède d'ordinaire en 24 heures.

Les yeux et oreilles devront être surveillés et au moindre brouillard, rétrécissement du champ visuel, bourdonnement d'oreille, il faudra interrompre l'hectine en continuant le mercure. La diarrhée devrait faire suspendre l'arsenic et le mercure.

On poursuivra ensuite le traitement mercuriel de sûreté pendant quatre ans.

Doit-on exciser le chancre? — Si le diagnostic est posé avant le douzième jour, plusieurs auteurs ont recommandé d'exciser à la cocaïne le chancre et le cordon de lymphatiques qui en part, dans le but de supprimer l'infection encore localisée. Duhot thermocautérise la plaie d'excision, la laisse ouverte et panse chaque jour avec de l'onguent mercuriel; il ajoute des injections de benzoate de mercure autour et dans les ganglions; ou bien il fait une incision de 2 centimètres au-dessus du ganglion, il creuse à la sonde cannellée un petit tunnel vers le ganglion, il le remplit d'onguent gris tous les trois ou quatre jours et occlut avec un emplâtre d'oxyde de zinc.

Cette pratique de l'excision du chancre est-elle efficace? Fournier la rejette, car le plus souvent les ganglions sont déjà envahis et si les accidents secondaires n'apparaissent pas, on peut soutenir que cet heureux effet est dû au traitement général. Aussi ne ferions-nous l'ablation du chancre que dans les quatre à six premiers jours de son apparition : antisepsie à l'iode, cocaïnisation, ablation (qui permettra un examen histobactériologique par la

méthode à l'argent, v. p. 441), puis thermocautérisation ou d'emblée destruction profonde au thermocautère ou à l'air chaud. C'est en effet le seul moment où cette excision soit logique, mais il est bien rare que le malade vienne consulter si tôt.

Tous ces traitements comptent des succès et des insuccès, ces derniers d'autant plus nombreux que le chancre était plus âgé et a été moins régulièrement traité.

Mais, même dans les cas où l'infection semble éteinte, même quand les réactions de Wassermann faites en série restent négatives, il est indispensable de poursuivre UN TRAITEMENT MERCURIEL DE SURETÉ PENDANT QUATRE ANS. Avec le professeur Gaucher je ne saurais réprouver trop énergiquement les médecins qui assureraient aux malades la guérison définitive et en particulier leur permettraient le mariage. **Ce traitement de la syphilis débutante doit être particulièrement attentif, car c'est à ce moment que l'on peut espérer éteindre ou tout au moins atténuer l'infection** : « Il faut frapper fort dans les premiers mois de la syphilis » (FOURNIER).

***

COMPLICATIONS DU CHANCRE ET LEUR TRAITEMENT.

Les chancres, surtout les chancres génitaux et buccaux, peuvent être aggravés par des complications dues les unes à une virulence spéciale du tréponème sur un ter-

rain affaibli, les autres dues aux infections secondaires par bactéries pyogènes ou anaérobies.

— *Lymphangite syphilitique* tuméfiant le trajet lymphatique entre le chancre et les ganglions, donnant parfois de l'œdème dur qui explique le phimosis du prépuce, le « sclérème vulvaire » (grande lèvre dure, « en carton-pâte »).

— *Infection secondaire légère* des ganglions par les bactéries pyogènes donnant le « bubon conglomeré »; les ganglions sont réunis en une masse unique et sont sensibles à la pression.

— *Infection secondaire suppurée* due à la pullulation et à l'exaltation des microbes saprophytes de la région chancreuse, donnant de l'inflammation locale : phimosis œdémateux (verge en battant de cloche), urethrite légère, balanoposthite, vulvite, ou déterminant une lymphangite tronculaire parfois parsemée de petits abcès, une adénite suppurée banale.

Le traitement de ces infections est le pansement humide à l'eau bouillie permanent et les bains locaux à l'eau très chaude 3 à 4 fois par jour pendant 20 minutes. Sur le ganglion enflammé, on pourra appliquer de l'onguent gris ou de l'onguent au collargol. Si le pus est collecté, on ponctionnera et on lavera la poche avec de l'éther iodoformé.

— *Gangrènes localisées* dues à des anaérobies : Tantôt le *sphacèle* est *pelliculaire* superficiel « en toile d'araignée ».

Tantôt le *chancre* est *gangréneux* ou chancre autophagédénique de Ricord parce qu'il dévore sa propre substance sans envahir les tissus voisins. Ces chancres ne diffèrent des autres chancres que par leur surface d'abord livide violacée, bientôt gangréneuse donnant une eschare grisâtre, puis gris-verdâtre pouvant aller jusqu'au noir, et insensible à la piqûre. Plus ou moins rapidement l'eschare se limite, se sépare par un sillon du reste du chancre et laisse, en tombant, une plaie plus ou moins creuse quelquefois très pro-

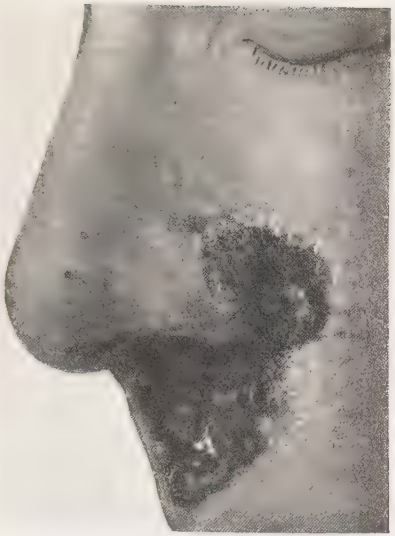


FIG. 1. — **Chancre gangréneux**

Irrégulier, envahissant et creusant, à surface noirâtre sanguinolente, parsemée de points sphacéliques; les bords sont rosés, le nez et une partie de la joue sont infiltrés et indurés.

Gougerot, *Syphilis*, p. 165.

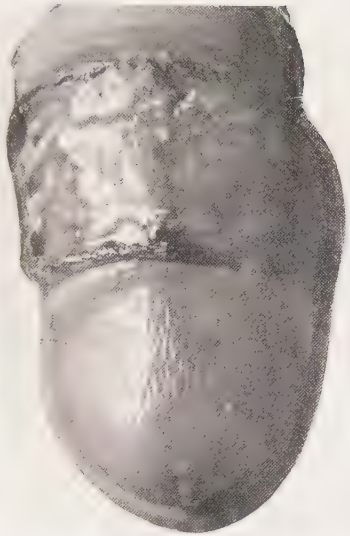


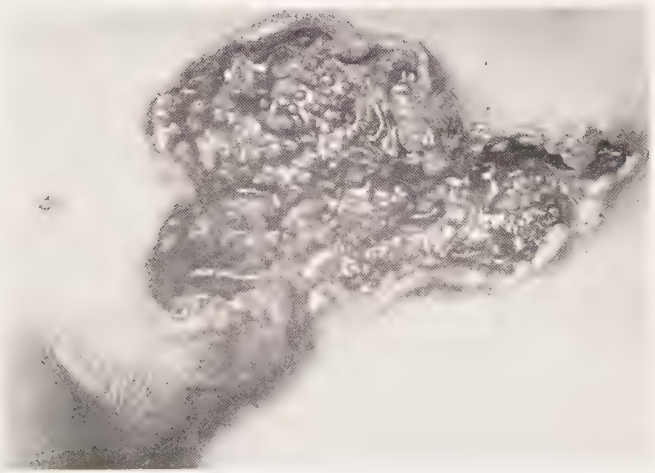
FIG. 2. — **Chancre syphilitique phagédénique de la verge**

Ulcération surélevée largement envahissante, à bords nets, à fond jaunâtre fibrineux.

FIG. 3. — **Gangrène de la verge**

Le gland et le prépuce complètement sphacélés sont en voie d'élimination. Dans le reste de son étendue, la verge est rouge et enflammée.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.



Phagédénisme chancrelleux dû au bacille de Ducrey et consécutif à l'ulcération du bubon inguinal.

Les bords irréguliers décollés violacés atones, surplombent un fond granuleux suppurant, jaunâtre, tacheté de bourgeons rougeâtres. La sécrétion purulente est notable.

fonde : plaie simple, rouge, bourgeonnante qui se cicatrise rapidement.

Tantôt les *îlôts* de gangrène sont *isolés* : des points noirâtres sont disséminés sur la surface d'un grand chancre et tranchent sur le fond rouge excorié ou sur le fond blanc pseudo-membraneux.

— *Gangrène blanche diphtéroïde.* Le chancre est coiffé par une fausse membrane blanche ou jaunâtre, adhérente, qui est due à des infections secondaires; elle se détache à la façon d'une eschare et s'arrête spontanément.

— *Phagédénisme gangréneux* (Planche 14) dû à des anaérobies, spirilles, bacilles fusiformes, etc., s'étendant tantôt en surface (grand chancre gangréneux extensif), tantôt creusant en profondeur (chancre térébrant). Le chancre s'étend et creuse par escharifications grisâtres et noirâtres périphériques progressives, ou par mortifications stratifiées juxtaposées; quand on a arraché un lambeau mort, d'autres se reforment autour ou au-dessous. L'évolution est grave et peut se compliquer de réaction générale : fièvre, frisson, sueurs, et même sub-délire, état typhoïde et mort (phagédénisme infectieux septique).

(Une variété importante à reconnaître est le chancre gangreneux caché par un phimosis. Dès qu'un phimosis devient *très douloureux*, que la rougeur devient violacée, il faut craindre la gangrène, débrider le phimosis et cautériser à l'air chaud.)

— *Phagédénisme rouge* ou inflammatoire (de nature obscure, syphilis hypervirulente ou infection secondaire?) Le chancre s'étend en largeur et se creuse en profondeur sans que l'on voit de débris mortifiés, il se détruit donc par « une fonte moléculaire invisible ». L'ulcération est d'un rouge ardent parfois vineux non gangreneux, froide, sans réaction; elle sécrète une sanie séro-sanguinolente. Le délabrement est souvent considérable, des artères peuvent être entamées donnant des hémorragies très graves,

le gland peut être détruit et l'urèthre perforé. Au contraire du phagédénisme chancrelleux, ce phagédénisme syphilitique est plus térébrant qu'extensif; il est moins grave que le phagédénisme du chancre mou (Planche 15), non ambulant et non serpigineux; ses bords sont adhérents et non décollés, le fond est plus lisse, la base est indurée, mais l'adénophatie et la roséole ne sont pas constantes, sa durée est plus courte, il dure quelques semaines, 2 à 4 mois au plus. Il ne présente pas de réveils soudains. Il faudrait s'abstenir d'auto-inoculation.

(On en rapproche le phagédénisme érosif tout à fait exceptionnel : « phagédénisme à fleur de peau », très superficiel, qui s'étale au loin sans entamer, ne faisant qu'excorier, restant toujours érosif plat, sans bords, à fond lisse uni, rouge, quelquefois grisâtre, diphtéroïde.)

Dans les processus gangréneux et pseudo membraneux dus à des infections secondaires et de moyenne gravité, on commencera par les moyens simples : bains locaux très chauds prolongés : 1, 2, 3 heures suivis de cautérisations au nitrate d'argent 1/20 ou au chlorure de zinc au 1/10, puis pansement humide avec une solution de chlorure de zinc au 1/1000 ou poudrage avec iodoforme diodoforme, etc. La pommade au 606 au 1/10 est un excellent moyen.

Dans les cas rebelles et dans tous les cas graves de phagédénisme et de gangrène, la cautérisation à l'air chaud avec ou sans anesthésie, est la dernière ressource et donne les meilleurs résultats (Vignat). On y adjoindra les injections intra-veineuses d'électrargol et s'il existe des spirilles, les injections intra-veineuses de 606 ou de 914.

Dans les phagédénismes rouges, sans escharification, les cautérisations peuvent être essayées au début, mais habituellement leurs résultats sont peu heureux; au contraire les simples pansements humides à l'eau salée et l'iodure de potassium à l'intérieur arrêtent les progrès du phagédénisme.

— *Adénopathie « syphilo-strumeuse »*. Les ganglions chez les malades scrofuleux et debilités peuvent être à la fois syphilitiques et tuberculeux (scrofulate de vérole de Ricord) : la tuberculose latente est activée par la syphilis et, alors que le processus syphilitique s'éteint, la tuberculose persiste, suppure et ulcère la peau. Le traitement est celui de la tuberculose : traitement général, héliothérapie, injections locales modificatrices sans incisions ; en dernière analyse, ablation.

***

Pronostic du chancre.

Impossibilité de prédire l'évolution de la syphilis d'après le chancre. Nécessité de continuer le traitement après la guérison du chancre.

En somme, sauf ces complications rares, sauf quelque envahissement viscéral exceptionnellement précoce, la syphilis primaire est bénigne. Il n'en est pas de même de la période secondaire qui lui succède et il est bien difficile, sinon impossible, de prévoir la gravité des accidents secondaires par l'aspect du chancre. On a dit qu'à un chancre bénin succédait une syphilis secondaire bénigne, à un chancre phagédénique une syphilis grave ou une syphilis maligne précoce, mais que d'exceptions ! *On ne peut prédire d'après le chancre l'évolution et le pronostic de la syphilis.*

Il faut donc *traiter avec le maximum de puissance les chancres les plus bénins*, afin d'essayer d'enrayer la marche des phénomènes secondaires : *pratiquement il faut, après la guérison du chancre, ne pas arrêter le traitement, même si les phénomènes secondaires n'apparaissent pas.* (Voir Syphilis secondaire latente, p. 207).

CHAPITRE VIII

LE DÉBUT DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

L'EXPLOSION SECONDAIRE

Évolution de la généralisation syphilitique : p. 168; les syphilis retardées, syphilis secondaires complètes et incomplètes, p. 169.
Symptômes habituels de la généralisation secondaire, signes et diagnostic : 1° roséole, p. 170; 2° plaques muqueuses, p. 173; 3° micropolyadénopathie, p. 175; 4° céphalée, p. 175; 5° troubles généraux, 176; 6° alopécie, p. 177; 7° leuco-mélanodermie du cou, p. 178.
Localisations viscérales précoces, exceptionnelles.
Traitement général et local, p. 180.
Nécessité de poursuivre le traitement après la disparition des accidents, p. 182.

Les chancres syphilitiques non traités, les chancres traités trop tardivement ou trop faiblement, sont suivis presque toujours d'une généralisation septicémique des tréponèmes qu'on peut appeler l'explosion secondaire. Cette généralisation se produit 30 à 60 jours, 45 jours en moyenne, après le début du chancre ; elle se traduit par une éruption cutanée, *la roséole*, par une éruption muqueuse, *les plaques muqueuses*, par une *polyadénopathie*, par l'envahissement précoce du système nerveux dont témoigne la *céphalée*, par des *troubles généraux* et inconstamment

par la perte des cheveux et une leuco-mélanodermie cervicale.

Parfois la syphilis se localise dès ce début sur les viscères : méningites, ictères graves, néphrite, iritis, hémiplégie (v. p. 252) ; exceptionnellement même la localisation viscérale précède les premiers accidents cutanéo-muqueux visibles (*syphilis secondaire viscérale précoce*).

La syphilis traitée énergiquement dès le début du chancre paraît le plus souvent s'éteindre, les accidents secondaires font défaut. Mais cette guérison n'est souvent qu'apparente, il faut se méfier de ces syphilis avortées, car trop fréquemment les accidents apparaissent quelques mois plus tard, en somme leur apparition n'a été que retardée : c'est ce que nous avons appelé les *syphilis secondaires retardées*. Tantôt ces syphilis retardées sont *complètes*, roséole, plaques muqueuses, etc., rien ne manque et, si à ce moment le chancre guéri ou guérissant se réactive ou si une colonie microbienne essaimée autour du chancre se développe, on peut croire à un nouveau chancre, donc à une nouvelle syphilis et c'est ainsi que nous avons expliqué un certain nombre de cas de soi-disant réinfection syphilitique chez des malades soi-disant guéris par le 606 ou le 914. Tantôt et plus souvent ces syphilis retardées sont *incomplètes*, un malade ne présentera que des plaques muqueuses sans lésions cutanées; un autre ne aura que quelques papules cutanées, etc.

La connaissance de ces syphilis retardées doit nous rendre très prudent dans l'affirmation de la « guérison » de la syphilis, *il faut toujours poursuivre le traitement systématique prolongé* (v. Syphilis secondaire latente, p. 267) et parfois, même en continuant ce traitement, les accidents réapparaissent, plus ou moins atténués.

***

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES ACCIDENTS SECONDAIRES DU DÉBUT.

Les accidents du début de la syphilis secondaire, qu'ils soient réunis au grand complet ou que certains fassent défaut, comprennent donc : 1° la roséole, pure ou mêlée à d'autres éléments ; 2° les plaques muqueuses ; 3° la micropolyadénopathie ; 4° la céphalée ; 5° les troubles généraux ; 6° la perte des cheveux (alopécie en clairière) ; 7° la leucomélanodermie du cou.

Presque toujours le chancre persiste à ce moment, il est facile de le retrouver soit sous forme de lésion encore active, soit sous forme de cicatrice indurée accompagnée d'adénopathie régionale ; parfois pourtant le chancre ne peut être retrouvé et l'on a pu prétendre à l'existence de syphilis secondaire sans chancre ; n'est-ce pas plutôt que le chancre était « nain », qu'il a passé inaperçu, caché dans la profondeur du bucco-pharynx ou du vagin ?

Il importe de préciser les caractères de chacun des accidents secondaires et de résumer leur diagnostic.

1° Roséole (Planche **16**). L'éruption la plus fréquente est la roséole, c'est-à-dire une éruption à éléments très *nombreux*, maculeux *non saillants*, arrondis ou ovalaires, *roses pâles*, *non prurigineux*, *non squameux*, *disséminés* sur le corps, surtout sur le thorax.

Leur grandeur oscille de 2 millimètres (roséole à petites taches ; « en grain de blé ») à 10 et 15 millimètres (roséole nummulaire) ; le plus souvent les éléments mesurent de 4 à 6 millimètres.

FIG. 1. — Roséole syphilitique

Taches arrondies non pleines non saillantes d'un rose clair « fleur de pêcher ».

(Gougerot, *Syphilis* p. 170).

FIG. 2. — Syphilides papuleuses généralisées

Papules rouges cuivrées, inégales arrondies, isolées ou confluentes, saillantes, lisses ou convexes, recouvertes d'un épiderme tendu, brillant et non squameux, indurées.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

IMP. G. DE

Leur macule ne fait aucune saillie, le doigt ne peut donc les distinguer de l'épiderme environnant et leurs bords sont inappréciables au toucher. Plus rarement, le centre est légèrement bombé, saillant (roséole ortiée), ressemblant parfois à l'urticaire tout en restant non prurigineux. Exceptionnellement, la surface des taches roses est piquetée, granuleuse, on croirait voir des éléments de syphilides granuleuses (v. p. 198) développés sur une macule de roséole.

Leur couleur est le plus souvent rose pâle (fleur de pêcher), rarement plus vive, rouge-clair, rouge-cuivré, le bord s'estompe dans la peau saine progressivement mais rapidement.

Sauf au début, les éléments sont très nombreux : atteignant et dépassant la centaine.

Les macules sont disséminés sur tout le corps, sauf à la face ; elles sont particulièrement nombreuses sur le tronc et peuvent confluer ; il est rare de n'en pas rencontrer sur les racines des bras.

La roséole peut se mêler d'autres éléments éruptifs syphilitiques : larges papules, syphilides papulo-squameuses, ulcéreuses, etc. (v. p. 186) qui ne se rencontrent d'ordinaire que plus tard, et l'on peut noter, dès le début de la syphilis secondaire, toutes les transitions entre ces éléments et les taches de roséole. Exceptionnellement même, la roséole peut être remplacée par une éruption de syphilides papuleuses (v. Syphilides malignes, p. 338), ce qui indique une gravité particulière de l'infection.

Diagnostic. — Tantôt la roséole est évidente et le malade l'a déjà remarquée; tantôt elle passerait facilement inaperçue, il faut la rechercher attentivement surtout sur les flancs, sur les parois axillaires, en se reculant à 1 ou 2 mètres

de distance en faisant lever le bras du malade ; souvent un demi-jour, une ombre portée faite par la main fait ressortir les macules douteuses (il est classique de recommander un verre bleu).

Le diagnostic différentiel est habituellement facile avec la plupart des éruptions maculeuses.

— La *rougeole* et les *érythèmes toxi-infectieux morbiliformes* sont précédés et accompagnés de symptômes généraux ; la face est envahie, l'éruption est démangeante, « ardente ». Il en est de même de l'*érythème saisonnier*, dit *roséole simple*. La durée est plus courte, il n'y a ni précession, ni succession d'accidents syphilitiques, etc. Le seul diagnostic difficile est la roseole syphilitique confluente compliquée d'une infection banale fébrile, il faut chercher les autres accidents syphilitiques : plaques muqueuses, se réserver et attendre que l'infection surajoutée s'éteigne.

— Les eczémas infectés et les macules rouges reliquat des pyodermites, fréquentes surtout chez les galeux, sont souvent difficiles à distinguer de la roséole. Il faut chercher les éléments purs et les autres localisations de la syphilis.

— Les *eczémas séborrhéiques* à petites taches et les *pityriasis rosés* de Gibert à petits éléments ne ressemblent pas à la roséole : en effet les macules sont inégales ; aux petits éléments se mêlent de larges disques ; chaque lésion a un aspect caractéristique : l'épiderme au centre est rose brun plissé et tend à desquamer, la zone moyenne est souvent soulevée de vésicules très petites, la périphérie est marquée par une auréole rose diffuse.

— Le *pityriasis versicolor* est formé d'éléments inégaux, confluents, de couleur café au lait, l'épiderme s'enlève en lambeau sous un grattage appuyé (Signe du copeau).

— Les *antipyrides* apparaissent subitement à chaque ingestion d'antipyrine, les taches sont plus rares, plus grandes, quelquefois bulleuses, elles laissent une large macule pigmentée.

En somme dans tous les cas précédents, le diagnostic n'est difficile que si la roseole syphilitique se complique d'eczématisation, de gale, de pyodermite, etc. Au contraire, avec les *roséoles résineuses* et balsamiques, le diagnostic est souvent malaisé[1], d'autant que ces malades sont des blennorragiques qui ont été sujets à des contacts contagionnants. Les signes différentiels sont les suivants : apparition après ingestion de copahu, de santal, etc., et absence de chancre ; éruption d'ordinaire plus rouge, parfois vineuse, prurigineuse, plus abondante aux membres inférieurs qu'au thorax ; assez souvent les macules confluent autour de nœuds éruptifs siégeant sur la face d'extension des articulations, au lieu d'être distinctes et irrégulièrement dispersées ; la durée est éphémère ; elles ne sont pas accompagnées ni suivies d'autres syphilides.

2° Plaques muqueuses. — Les plaques muqueuses, lésions homologues de la roséole, siègent sur les muqueuses bucco-pharyngée, génitales, anales. Dans les plis inguino-crureaux, de la verge et du scrotum, du scrotum et de la cuisse, au périnée, autour de l'anus, dans les aisselles et parfois même à l'ombilic, au coin des lèvres, les syphilides cutanées, macérées par ces régions humides, prennent souvent l'aspect de plaques muqueuses.

Leur nombre est très variable, elles sont tantôt uniques, tantôt peu nombreuses et isolées, tantôt nombreuses et confluentes, etc.

Elles peuvent revêtir quatre aspects :

1. A titre d'exception, j'ai vu avec le professeur Gaucher une jeune fille vierge atteinte d'une éruption roséolique être accusée de syphilis. Or, cette « roséole » était le début d'un lupus érythémateux aigu qui se démasqua une quinzaine de jours plus tard et emporta la malade. C'est dire que toutes les erreurs sont possibles.

— *Plaques muqueuses érosives* (Planche **17**) : la plaque érosive débute par une tache opaline formée d'épithélium dégénéré facile à enlever (fig. 1). La chute de l'épithélium laisse une érosion rouge (fig. 2), petite de 3 à 6 millimètres, sans forme spéciale, habituellement arrondie ou fissuraire, plate, sans relief, humide, laissant suinter de la sérosité, indolente, survenant du jour au lendemain, sans symptôme fonctionnel, éphémère ou tenace, facilement curable par le traitement spécifique, mais d'ordinaire récidivante.

— *Plaques muqueuses papuleuses ou papulo-érosives.* (Planche **18**, fig. 1). Elles ne se distinguent des précédentes que parce qu'elles sont « en relief » ; ce sont des plaques érosives reposant sur une base papuleuse. Leur surface est plate, arrondie, lisse et unie, ou grenue et chagrinée, rose foncé ou pointillé de blanc. Elles restent isolées ou confluent en nappe irrégulière.

— *Plaques muqueuses papulo-hypertrophiques* (condylomes plats, syphilides en chou-fleur, syphilides végétantes, verruqueuses) (Planche **18**, fig. 2). — Cette lésion est l'exagération de la précédente, les éléments sont plus gros, plus saillants, la surface est végétante, bosselée.

— *Plaques muqueuses ulcéreuses.* — Dans les variétés précédentes la surface des syphilides était exulcérée, érosive ; dans la variété ulcéreuse, la syphilis creuse une ulcération. L'aspect est donc peu caractéristique et le diagnostic est souvent difficile avec des syphilides infectées par les microbes de la bouche ou des organes génitaux, car ces surinfections déforment les syphilides et les rendent douloureuses.

Le diagnostic des plaques est souvent très difficile, car, ainsi que le répète Fournier, les plaques muqueuses n'ont aucun caractère spécifique.

FIG. 1. - **Plaques muqueuses érosives opalines encore revêtues de l'épithélium dégénéré**

Lésions arrondies plates ou saillantes du gland. Plus tard les plaques peuvent se recouvrir d'un enduit fibrineux qui leur donne le même aspect.

FIG. 2. Plaques muqueuses linguales érosives rouges, dépouillées **de leur épithélium**

Lésions arrondies non saillantes, à bords bien ou mal limités souvent inappréciables, ne se distinguant de la muqueuse environnante que par la teinte rouge plus vive et l'érosion.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 174.) *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. DELMOTTE, PARIS

FIG. 3. — **Plaques muqueuses papulo-érosives de la vulve**
Lésions arrondies saillantes, rosées, infiltrées ; leur surface lisse exulcérée suintante est tantôt rosée et plate, tantôt déprimée tendant à se creuser (**plaques ulcéreuses**) et bourgeonnante, tantôt revêtue d'un petit enduit jaunâtre que le reste de l'infiltrat déborde en formant un bourrelet induré.

FIG. 4. — **Plaques muqueuses végétantes hypertrophiques de la vulve**
Lésions arrondies, fortement saillantes, convexes, à surface végétante framboisée, rosées, orangées, suintantes, infiltrées, isolées ou confluant en nappe.
(Gougerot, *Syphilis*, p. 171 2e). *Musée de l'hôpital Saint-Louis*

IMP. G. DUBLANC — 51

Les lésions traumatiques sont douloureuses et d'étiologie connue; elles sont plus étendues, plus rouges, de formes irrégulières et associés souvent à de l'œdème traumatique.

Les érosions banales (vulvite érosive), sans doute microbiennes, sont plus douloureuses, plus étendues, plus rouges, moins régulières, plus suintantes.

L'herpès a un début spécial, « ardent », prurigineux, les vésicules éphémères laissent des érosions plus petites de 1 à 2 millimètres, circonscrites, à bord micropolycyclique, etc. (v. p. 154). Mais l'herpès dit surelevé ou papuleux est difficile à différencier.

Les papillomes (crêtes de coq) sont villeux, dentelés, acuminés, plus saillants, plus pédiculés, etc., etc. (Voir diagnostics régionaux, p. 422).

3° Micropolyadénopathie. — Le plus souvent tous les ganglions sont tuméfiés; ils sont petits et durs, indolents, roulant sous le doigt. Les uns sont visibles : ganglions rétro-auriculaire, sterno-mastoïdien. Les autres ne sont révélés que par la palpation : ganglions sous-occipitaux, sous-épitrochléens. Il est rare qu'ils deviennent gros, il faut alors suspecter un hybride de tuberculose et de syphilis. Jamais ils ne s'enflamment, ni suppurent.

Les ganglions profonds médiastinaux subissent la même hypertrophie qui, sauf exception, reste latente.

La rate est souvent tuméfiée.

L'absence de cette réaction de défense lymphopoïétique est rare et indique un mauvais pronostic (Landouzy).

4° Céphalée. — La céphalée est presque constante, variable dans son intensité, allant de la simple lourdeur à la douleur atroce. Elle est diffuse, non localisée aux

trajets nerveux et le plus souvent à *recrudescence nocturne*. On doit toujours penser à la syphilis devant une céphalée à maximum nocturne et sans névralgie.

Elle témoigne de l'envahissement des centres nerveux et de fait la ponction lombaire montre le plus souvent une réaction lymphocytique (Widal Sicard et Ravaut, Milian et Crouzon). Parfois même, elle n'est que le symptôme le plus marquant d'une méningite ou fruste, ou moyenne, ou grave (v. p. 301).

5° Troubles généraux. — Sauf exception, les troubles généraux sont constants, mais très atténués : le malade se fatigue plus vite, il maigrit et pâlit un peu. Plus rarement, les troubles généraux deviennent marqués accompagnant et parfois précédant la roséole. Leur intensité est variable :

Tantôt le malade est anémique, et l'on peut observer tous les degrés et toutes les formes d'anémie : *anémie légère*, *chloro-anémie*, *chlorose*, *anémie grave*, *anémie pernicieuse*, on a même publié des cas de *pseudo-leucémie* syphilitique, c'est-à-dire d'anémies syphilitiques avec réaction intense des organes hématopoïétiques déversant dans le sang des cellules anormales et simulant la leucémie.

Tantôt le malade se présente comme un neurasthénique, il se plaint de fatigues, maux de tête, etc. ; or l'examen complet révèle une syphilis (*neurasthénie syphilitique*). C'est là une preuve nouvelle du bien-fondé de l'affirmation de Landouzy : il n'existe pas de neurasthénie essentielle, il faut toujours en chercher la cause.

Tantôt la malade est très amaigrie, pâle, cachectique, ressemblant à une phtisique : Morel-Lavallée a vu une malade perdre en deux mois 19 kilogrammes de son poids ;

PLANCHE 19

Syphilis secondaire

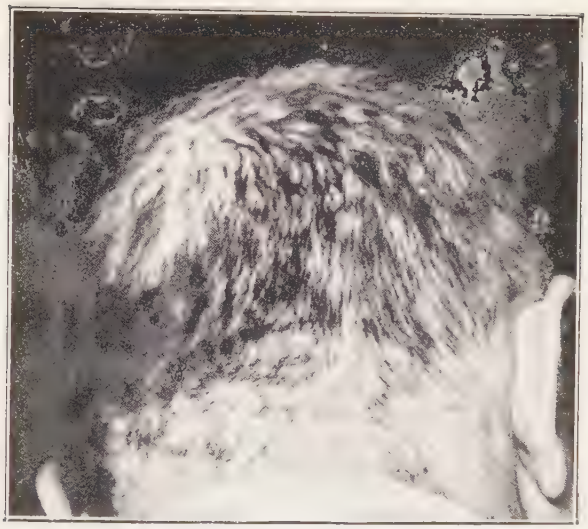


Fig. 1. — **Alopécie en clairière** (Cliché Berdal

Fig. 2. — **Leucomelanodermie cervicale de la syphilis secondaire**

Taches arrondies, décolorées, sans lésion épidermique, irrégulièrement disséminées sur fond brun pigmenté.

Gougerot, *Syphilis*, p. 177. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

on a donc pu prononcer les mots de *syphilis consomptive, cachectisante.* Presque toujours, cette forme grave coïncide avec une éruption cutanée intense.

Tantôt le malade est fébrilicitant, plus ou moins abattu, avec état gastrique, taches rosées, rate grosse, etc. : on croirait un typhique, et l'erreur a été maintes fois commise (*typhose syphilitique*). Il faut dans ce cas toujours penser à la syphilis, rechercher un reliquat de chancre, des plaques muqueuses anales. Le séro-diagnostic typhique de Widal est négatif.

Certes la syphilis peut donner de la fièvre, mais chez tous les syphilitiques fébrilicitants, il faut se méfier de la tuberculose latente que réveille la syphilis et qui va rapidement s'aggraver : d'où l'intérêt pronostique de cette recherche.

6° Alopécie « en clairières » (Planche **19**, fig. 1). — L'alopécie est inconstante, elle apparaît du troisième au sixième mois, rarement plus tard. Elle atteint le cuir chevelu, plus rarement la barbe ou les sourcils (dépilation du tiers externe du sourcil dit « signe de l'omnibus »).

L'alopécie syphilitique n'a pas de systématisation, elle est diffuse, atteint la plus grande partie du cuir chevelu et présente en outre des aires maxima dites clairières. Ces clairières, toujours multiples, parfois confluentes, d'où la configuration polycyclique, sont petites, arrondies ou irrégulières, de forme capricieuse. Elles ne sont jamais complètement glabres, il reste des cheveux irrégulièrement disséminés dans les clairières. Ces cheveux, qui subsistent, sont altérés, secs, ternes, souvent même lanugineux, « cheveux de perruque », disait Diday ; il n'y a ni rougeur[1], ni amincissement éburné (comme dans la pelade), ni prurit.

1. La peau est saine et il ne faut pas confondre cette alopécie

Des cheveux qui tombent, 85 p. 100 paraissent sains, 15 p. 100 seulement sont atrophiés. Quelquefois la plupart des cheveux tombent, il n'en reste que quelques-uns éparpillés. Mais d'ordinaire il persiste de « nombreux arbres dans les clairières ».

D'ordinaire l'alopécie est accompagnée de syphilides évidentes, mais parfois, elle est le seul symptôme qui ait attiré l'attention du malade, et c'est une recherche systématique du médecin qui révèle la syphilis en découvrant une leucomélanodermie, une plaque muqueuse. Même dans les cas de séborrhée[1], d'acné, de folliculite les plus évidents, il n'est donc pas inutile de penser à la syphilis. Le diagnostic avec la pelade ne se pose même pas. L'alopécie diffuse ou du tiers externe du sourcil ne sera pas confondue avec les alopécies de la kératose pilaire, de la pelade, de l'hypothyroïdie.

L'alopécie en clairière est temporaire, curable, donc bénigne.

Le traitement est avant tout la médication spécifique générale, les lotions excitantes appliquées localement ne servent guère qu'à contenter le malade.

7° Leucomélanodermie du cou[2] (Planche **19**, fig. 2). — Ce symptôme est plus tardif, il apparaît dans les premiers

en clairière avec les syphilides que l'on peut rencontrer sur le cuir chevelu.

1. En particulier il faut ne pas confondre l'eczéma séborrhéique avec la « syphilide pityriasiforme du cuir chevelu » (ou roséole furfuracée), caractérisée par de simples rougeurs éparses, lenticulaires ou diffuses, rose pâle, partiellement recouvertes de squames furfuracées.

2. Pour les uns, le collier de Vénus est parasyphilitique (car non influencé par le traitement), il ne dépend pas d'une éruption syphilitique préalable et naît d'emblée pigmentaire (Fournier) ;

mois de la syphilis rarement au delà de la première année, au cours des syphilis bénignes comme des syphilis graves. On ne le voit guère qu'au cou des femmes jeunes ou des hommes à peau fine (collier de Vénus), plus rarement à la paroi antérieure des aisselles, exceptionnellement sur les flancs, à la face.

Cette leucomélanodermie est formée par un réseau pigmenté de traînées et macules pigmentées disposées et anastomosées irrégulièrement, enclavant dans ses mailles des îlots irréguliers, d'ordinaire arrondis, de peau saine ou décolorée, larges de 4 à 6 millimètres. Cette lésion est complètement indolente et aprurigineuse. Elle se constitue en quelques jours et persiste plusieurs mois, parfois un, deux ans.

Il faut la distinguer : — du hâle provoqué par l'air ou le soleil, et tacheté de *cicatrices* blanches d'acné, — du vitiligo dont les éléments sont plus grands et se localisent en outre dans d'autres régions sur le tronc, — du réseau brunâtre irrégulier que présentent au cou normalement certaines femmes brunes. Fournier dit l'avoir rencontrée en dehors de la syphilis chez des femmes brunes saines et chez des tuberculeuses. Chauffard l'a vue chez des chlorotiques.

En résumé, le diagnostic doit être discuté pour chaque accident, mais en général dans les cas difficiles, c'est la recherche des autres symptômes : adénopathie, etc., qui tranchera le doute clinique. Toutes les fois que l'on

la peau soi-disant blanche est de coloration normale et ne paraît décolorée que par contraste. Pour les autres, du moins dans certains cas, le collier de Vénus est leuco-mélanodermique et secondaire à une éruption : la pigmentation et la décoloration sont péri et post-papuleuses (Gaucher).

hésite, il faut recourir à la séro-réaction de Wassermann qui à ce moment est constamment positive.

***

Traitement

Ces accidents secondaires réclament un traitement mercuriel immédiat et intense. On fera des piqûres de sels solubles quotidiennes par séries de 15 à 20 avec repos de 4 à 7 jours jusqu'à disparition totale des accidents. Si l'anémie et la faiblesse générale sont marquées, si les lésions sont intenses et même dans les cas bénins, on aura avantage à ajouter au mercure des arsenicaux : hectine, salicylarsinate de mercure. Si le chancre reste induré, si les papules infiltrées se mélangent à la roséole, il faudra, sauf contre-indication (v. p. 74), adjoindre de l'iodure de potassium.

Le 606 et le 914 seront réservés à des cas spéciaux (v. p. 88).

Les plaques muqueuses buccales seront cautérisées avec le crayon de nitrate d'argent, avec la solution de nitrate d'argent au 1/10[1] ou la teinture d'iode. Le malade se gargarisera avec des solutions de chlorate de potasse à 20 p. 1000 (v. p. 54). On recommandera, pour éviter le retour des plaques et hâter la guérison, de s'abstenir de tabac, d'alcool et de mets épicés.

1. On roule un peu d'ouate au bout d'un bâtonnet, on trempe dans la solution et on *exprime* en appuyant sur les parois du récipient, il faut en effet *éviter que le coton trop imbibé ne laisse tomber ou couler une goutte de caustique dans la gorge*; car on a, dit-on, observé des cas de mort.

Les plaques muqueuses génitales et anales seront cautérisées de la même façon et ablutionnées matin et soir avec une solution au 1/1000 d'oxycyanure de mercure. Si elles sont étendues et papuleuses, Gaucher recommande un lavage avec l'eau de Labarraque à 5 p. 100 (50 grammes d'hypochlorite de soude dans 1000 grammes d'eau), puis d'appliquer immédiatement sur les lésions encore humidifiées par le lavage, de la poudre d'oxyde de zinc. La plus grande propreté, l'abstinence sexuelle sont indispensables.

Les lésions des plis cutanés seront matin et soir lavées avec la solution d'oxycyanure, ointes de pommade au calomel, puis poudrées avec de la poudre d'oxyde de zinc; il sera souvent utile de séparer par une compresse les deux surfaces cutanées enflammées.

Si les lésions muqueuses ou intertrigineuses persistent, il faut recourir à une cautérisation plus active : l'azotate mercurique (ou *nitrate acide de mercure* liquide). Ce caustique est délicat à manier; pour éviter toute coulée, on se servira, au lieu d'un tampon d'ouate, d'une baguette de bois poreux (une allumette).

Quelques symptômes demandent souvent à être traités en particulier : on combattra l'anémie par l'iodure de fer ou par le sirop iodotannique phospho-arsénié, la céphalée par l'iodure de potassium et accessoirement par les analgésiques habituels (aspirine), l'alopécie par des lotions excitantes, la leucomélanodermie du cou par les laits antéphéliques, etc.

***

Les accidents secondaires du début de la syphilis régressent rapidement en 10 à 30 jours sous l'influence

de ce traitement très simple. Lorsque les premiers accidents ont disparu, la syphilis peut entrer dans une période de latence (v. Syphilis secondaire latente p.207) ; elle peut au contraire récidiver, donnant des accidents cutanés très divers : des plaques muqueuses, etc. (v. Syphilis secondaires récidivantes, p. 184) : mais que la syphilis paraisse éteinte ou qu'elle se réactive, il est nécessaire de continuer le traitement pendant plusieurs années (Fournier, Gaucher...).

CHAPITRE IX

SYPHILIDES SECONDAIRES RÉCIDIVANTES

Tout est irrégulier dans les récidives de la syphilis secondaire : les dates, le nombre, l'intensité, l'aspect, la succession des poussées, p. 184.

Polymorphisme des accidents secondaires récidivants. Sans compter les localisations muqueuses, viscérales, oculaires, on peut cataloguer 24 types éruptifs :

1° Roséole de retour, p. 186 ; 2° syphilides papuleuses et papulo-squameuses, p. 186 ; 3° syphilides à grandes papules, p. 187 ; 4° syphilides papuleuses en nappe, p. 187 ; 5° syphilides tuberculeuses ou mieux tubéreuses, p. 188 ; 6° syphilides papulo-cornées (corne syphilitique), p. 189 ; 7° syphilides papulo-érosives (plaque muqueuse cutanée), p 189 ; 8° syphilides papulo-végétantes, p. 189 ; 9° syphilides papulo-croûteuses, p. 190 ; 10° syphilides papulo-pustuleuses, ecthymatiformes, rupioïdes, p. 190 ; 11° syphilides papulo-pustuleuses, acnéiformes, p. 192 ; 12° syphilides papulo-ulcéreuses, p. 193 ; 13° syphilides papulo-vésiculeuses ou pustuleuses, varioliforme, varicelliforme, vacciniforme, p. 194 ; 14° syphilides papulo-vesiculeuses herpétiformes, p. 194 ; 15° syphilides vésiculo-eczématiformes, p. 195 ; 16° syphilides impetigineuses, p. 195 ; 17° syphilides pemphigoïdes, bulleuses, p. 196 ; 18° syphilides papulo-granuleuses lichenoïdes, p. 196 ; 19° syphilides papuleuses ponctuées, p. 198 ; 20° syphilides papulo-squameuses psoriasiformes, p. 198 ; 21° syphilides purpuriques et papulo-hemorragiques, p. 202 ; 22° syphilides pigmentaires, p. 202 ; 23° syphilides nigricantes et syphilides « noires » ; p. 202 ; 24° syphilides cicatricielles (vergetures syphilitiques), p. 203.

Signes et diagnostic. Règle diagnostique générale, p. 204.

Traitement, p. 205; nécessité de graduer le traitement suivant chaque malade et de le continuer après la disparition des accidents, p. 208.

Le malade a eu un chancre, il a présenté ou non les accidents de généralisation: roséole, plaques muqueuses, etc. ; il s'est traité plus ou moins énergiquement. Que va devenir l'infection? Si le traitement est poursuivi méthodiquement malgré l'absence d'accidents, la syphilis reste d'ordinaire latente (v. p. 207), au moins pour plusieurs mois. Au contraire, si la surveillance se ralentit, ce malade, qui a échappé aux premier accidents secondaires, pourra être frappé d'accidents secondaires tertiaires ou quaternaires graves.

Les récidives secondaires échappent à toute règle :

Tantôt elles surviennent sans cause, malgré un traitement moyen qui protège d'autres malades. Tantôt elles semblent favorisées par un mauvais terrain : le malade est surmené, alcoolique, tuberculeux, ce qui prouve une fois de plus la nécessité d'une hygiène sévère et d'un traitement tonique général chez les syphilitiques (v. p. 56). Souvent aussi on trouve des causes localisantes qui appellent et rappellent les récidives en des points de prédilection: une mauvaise dentition, la fumée du tabac favorisent les plaques muqueuses buccales ; la malpropreté, les excès sexuels, la grossesse, expliquent la prédominance des plaques muqueuses génitales ; les varices attirent les syphilides sur les membres inférieurs ; la malpropreté, l'hyperidrose, la surcharge adipeuse prédisposent aux plaques muqueuses des plis cutané, etc.

Tantôt les syphilides récidivantes sont peu nombreuses : le malade peut avoir une seule plaque muqueuse à la langue, au gland ; tantôt elles sont éparses ; tantôt elles

sont disséminées sur tout le corps et parfois confluentes.

Toutes les localisations sont possibles : perionyxis, syphilides palmo-plantaires, iritis, etc.

Tantôt les syphilides secondaires récidivent sous la même forme : certains malades ont des plaques muqueuses buccales à répétition; certaines malades souffrent de reprises incessantes de papules inguino-vulvaires. Tantôt, les accidents les plus divers se succèdent sur un même malade : il a après sa roséole, des plaques muqueuses de la bouche, plusieurs semaines après des papules du visage, puis des plaques à la verge et au scrotum, quelques mois plus tard une éruption papuleuse disséminée sur le tronc, etc.; rien n'est plus irrégulier et il est absolument impossible de prévoir la forme des syphilides récidivantes.

Tantôt les syphilides récidivantes surviennent dès les premières semaines, tantôt elles n'apparaissent que plusieurs années après le chancre, en période tertiaire (preuve nouvelle que la distinction est artificielle entre les périodes secondaire et tertiaire). Le plus souvent on les rencontre au cours des deux premières années de la syphilis.

En présence de tant de variations, il serait donc illusoire de donner un tableau unique de la syphilis secondaire, il faut passer en revue et étudier séparément les divers types de syphilides secondaires récidivantes, en se rappelant que tous les modes de groupements de ces syphilides sont possibles. On peut en cataloguer au moins vingt-quatre formes, sans compter les variétés régionales, (périonyxis, etc.) qui seront étudiées aux syphilides localisées (p. 406), et sans parler des plaques muqueuses (qui

sont identiques à celles de l'explosion secondaire), et des localisations viscérales, nerveuses, oculaires (iritis) souvent très précoces (v. p. 252).

1° Roséoles de retour (Planche **20**, fig. 1). — Une ou plusieurs éruptions de roséole peuvent survenir quelques semaines, quelques mois et même quelques années après le chancre (*roséole de retour*).

Ces roséoles de retour peuvent reprendre le même type que celui de la première roséole, mais d'ordinaire les macules sont moins nombreuses, plus larges (*roséole nummulaire*) ou dessinent des anneaux rosés (*roséole circinée*) disséminés sur le tronc et sur les membres supérieurs.

Le plus souvent le malade, qui a présenté une roséole de retour, en présentera d'autres dans la première et la seconde année. D'après les classiques, ces roséoles récidivantes indiquent un pronostic bénin.

2° Syphilides papuleuses et papulo-squameuses lenticulaires (Planche **21**). — Ce type clinique est le plus commun, il est tardif ou précoce, mélangeant alors ses éléments à ceux de la première roséole. Les papules surviennent par petites poussées successives, qui mettent 8 à 15 jours à couvrir le tronc, les membres, la face; les éléments sont donc habituellement très nombreux, partout disséminés et d'âge inégal. Plus rarement les papules sont peu nombreuses : 5, 10, 20.

Elles ont de *3 à 5 millimètres de diamètre* (d'où le nom de lenticulaire), elles sont saillantes, exhaussées et plates (*papule en plateau*), nettement *arrondies* (« orbiculaires »), *rouge sombre* jambonné, ou rouge orangé, souvent rouge vineux sur des membres inférieurs variqueux; *cuivrées* à la vitro-pression qui chasse l'érythème congestif; enfin résistantes et *indurées* à la palpation. L'épiderme est d'abord tendu et luisant à la surface de cette papule, il ne tarde pas

FIG. 1. — **Roséole circinée et à grands éléments**

Apparaissant plusieurs mois après la première roséole, d'où le nom de roséole tardive, de roséole de retour.

FIG. 2. — **Syphilides papulo-squameuses à très larges éléments**

Lésions arrondies, papuleuses, saillantes, rouges cuivrées, squameuses, surtout à la périphérie, et tachetées parfois sur leurs bords de petites lésions croûteuses brunâtres.

FIG. 3. — **Syphilide papulo-crustacée en forme de corne**

Survenue au deuxième mois de la syphilide. Les deux éléments de la racine du nez sont des syphilides papulo-croûteuses déjà très saillantes; la syphilide sous-nasale forme une véritable corne comptant 2 centimètres de longueur; la peau environnante a conservé son aspect normal.

Voir le vol. *Syphilis*, p. 186.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Syphilides papulo-squameuses du dos

Lésions d'un rouge cuivré, clair arrondies, légèrement saillantes, dont le centre desquame et s'incruste formant une croûte petite blanc-jaunâtre, ou brunâtre, entourée d'une collerette squameuse blanche.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 186 3e.) *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. BERGUET, PARIS

FIG. 1. — **Syphilides papulo-squameuses généralisées**

Les papules petites très nombreuses, plus ou moins saillantes, sont d'un rouge orangé clair ou foncé ; leur surface est lisse, plate ou légèrement convexe,elles commencent à desquamer et cette desquamation apparaît sous forme d'une auréole blanchâtre. Certains éléments tendent à s'exulcérer.

FIG. 2. — **Syphilides psoriasiformes disséminées**

Les papules inégales recouvertes de squames épaisses, blanches nacrées ressemblent au psoriasis.

Un examen minutieux révèle des différences caractéristiques : lésions en saillie papuleuses, squames plus irrégulières moins micacées,moins brillantes, collerette de Biett entourant les papules à 1 ou 2 mm. de distance ; signes de grattage ; enfin lorsque le squame est arraché, la papule syphilitique infiltrée apparaît caractéristique.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 187 3e.) *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. DELEUIL, PARIS

à desquamer; mais cette syphilide reste *pauvrement squameuse* ; lorsque les squames sont exfoliées, l'épiderme apparaît rouge sur le plateau de la papule et tout autour il persiste une collerette épidermique squameuse dite *collerette de Biett*, qui d'ailleurs n'est nullement pathognomonique des syphilides.

Non traitées, ces syphilides durent rarement moins de deux à trois mois, elles se résorbent lentement et, bien qu'elles n'aient pas ulcéré la peau, elles laissent parfois des cicatrices pigmentées qui se décolorent peu à peu.

Les récidives sont fréquentes.

3° Syphilides papuleuses nummulaires ou a grandes papules (Planches **20**, fig. 2 et **22**, fig. 1). — Les caractères sont les mêmes que ceux des syphilides papulaires lenticulaires, mais le diamètre des éléments est plus grand, il dépasse 5, 8, 10 millimètres, atteint 15, 20 millimètres, jusqu'à 40 et 50 millimètres (*syphilides papuleuses géantes*). Il est remarquable que sur un même malade la plupart des papules adultes ont à peu près les mêmes dimensions.

La desquamation se localise souvent au centre de la surface plane du plateau papuleux, si bien que la squame sèche ou la squame-croûte arrondie, est entourée d'une couronne papuleuse rouge cuivré lisse.

4° Syphilides papuleuses en nappe. — Cette syphilide n'est qu'une variété de la précédente : tantôt les larges éléments papuleux ont confluë d'emblée, c'est-à-dire dès leur apparition; tantôt les éléments ne se réunissent que secondairement en grandissant. La syphilide en nappe, qui en résulte, a les caractères de la syphilide papuleuse : ses bords sont plus ou moins circinés, toujours limités par des lignes courbes tracées au compas.

Les syphilides en nappe peuvent atteindre plusieurs centimètres, infiltrer un pli articulaire, envahir tout le dos.

Tantôt elles restent papuleuses ou papulo-squameuses comme les variétés 2° et 3°; mais souvent un ou plusieurs points de la nappe infiltrée rouge sombre deviennent papulo-croûteux (variété 9) ou ecthymateux (variété 10) ou ulcéreux (variété 12), si bien que la large nappe infiltrée rouge plus ou moins squameuse est parsemée, sur son bord surtout, de syphilides papulo-croûteuses ou ecthymateuses. Souvent, et l'on ne sait plus alors s'il s'agit de lésions secondaires ou tertiaires, les syphilides en nappes progressent par les bords alors que leur centre s'affaisse et se cicatrise. Parfois même la lésion peut se résumer en un anneau ou en des arceaux formés d'un ruban induré rouge de syphilides en activité, squameuses, confluentes, parsemés de syphilides croûteuses, ecthymateuses, qui encerclent une large aire cicatricielle. Cet aspect est caractéristique.

Tantôt ces syphilides en nappe existent à l'état de pureté formant un ou deux grands placards ; tantôt elles se mêlent à des papules de la variété 3°, et l'on trouve entre ces dernières et les syphilides en nappe tous les intermédiaires.

5° Syphilides tuberculeuses, ou mieux tubéreuses, pour éviter toute confusion avec la bacillo-tuberculose de Koch, en effet « tubercule » était pris ici au sens ancien morphologique de *tubérosité* indurée et sèche (Planche **16**, fig. 2).

Ces syphilides ne sont que l'exagération en saillie des syphilides papuleuses. Alors que les syphilides papuleuses sont plates et peu surélevées, les syphilides tubéreuses sont fortement convexes et saillantes, comme hémisphériques. Mais à part cette différence de forme, elles ont tous les caractères des syphilis papuleuses : couleur, induration, indolence, etc.

Il en existe de toutes les grandeurs, de 3 à 20 millimètres ; le plus souvent, elles oscillent entre 8 et 12 millimètres.

De même que les syphilides papuleuses, elles peuvent envahir tous les téguments : la face, le tronc, les membres.

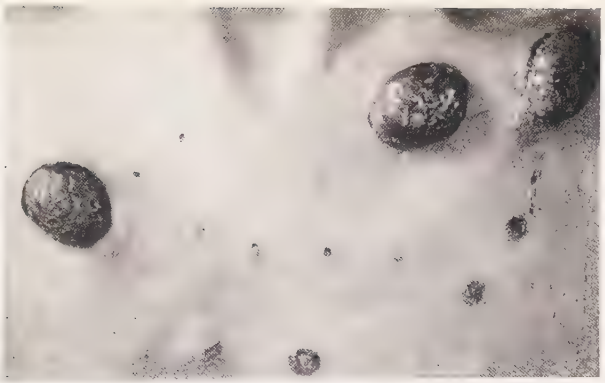


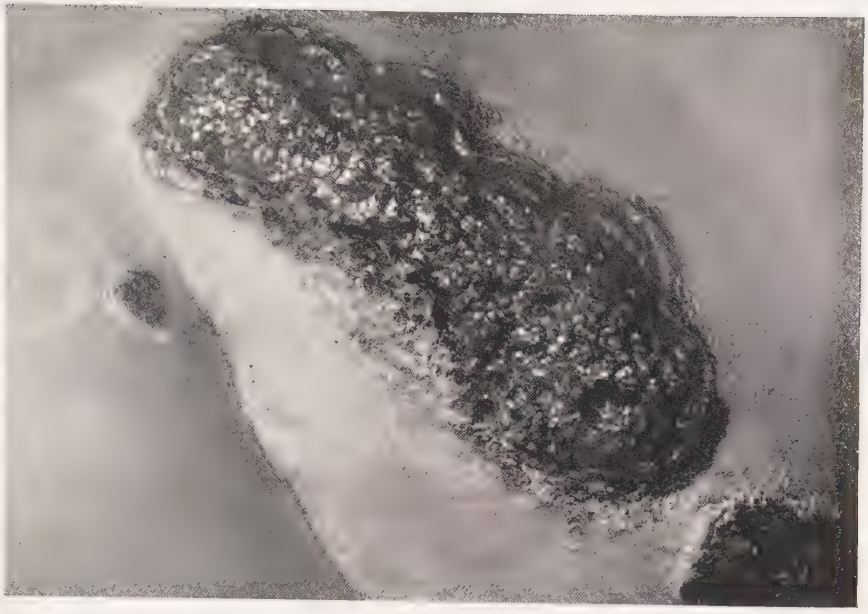
FIG. 1. — **Syphilides papulo-érosives humides de la peau**

(Plaques muqueuses cutanées hypertrophiques.) Les lésions, fortement saillantes, arrondies, érosives humides, suintantes, ont une surface rouge cuivrée orangée à peu près lisse. Elles se mélangent à des éléments plus petits de syphilides papulo-croûteuses.

FIG. 2. — **Syphilides végétantes humides de la peau**

(Ou condylomes syphilitiques, ou plaques muqueuses végétantes *cutanées*, ou condylomes « plats », bien que les lésions soient bombées.) Les lésions, d'aspect repoussant, sont fortement saillantes et surélevées; les bords sont à pic; leur surface est végétante rouge orangé ou orangé grisâtre sale; elles sont indurées et peu suintantes.

Gougerot. *Syphilis*, p. 188[1]. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*



Syphilide papillomateuse et verruqueuse de la région fessière

La lésion unilatérale saillante bourgeonnante à bords violacés, à fond bourgeonnant rose ou jaunâtre, simule la tuberculose.

Gougerot, *Syphilis*, p. 1882. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

Le type reste le plus souvent pur et monomorphe, mais parfois le sommet de certains tubercules devient squameux ou squamo-croûteux, ou pustulo-ecthymateux, ou ulcéreux (v. variétés suivantes) et ces éléments modifiés se mélangeant aux éléments primitifs donnent un aspect polymorphe à l'éruption.

6° Syphilides papulo-cornées. (S. papulo-crustacée) (Planche **20**, fig. 3). Ces « cornes syphilitiques » sont tout à fait exceptionnelles ; on en a cité à la racine du nez, à la lèvre supérieure ; elles sont unique, double ou triple, toujours peu nombreuses ; elles représentent le maximum de la production hyperkériatosique.

Pour poser le diagnostic, il faut enlever la corne à la pince, après l'avoir fait ramollir si besoin, afin de découvrir, au-dessous, la papule syphilitique sèche ou érodée qui lui servait de base.

7° Syphilides papulo-érosives. (Plaques muqueuses de la peau) (Planche **23**). — Elles sont presque toujours localisées aux plis cutanés, voire même aux plis des paupières, mais quelquefois elle peuvent être disséminées en peau vague, par exemple sur le dos, au visage, autour des narines, des lèvres sur les plis nasogéniens, sur le menton.

Souvent leur aspect est identique à celui des plaques des muqueuses.

Parfois il est un peu spécial : le centre est tantôt rouge orangé, translucide, érodé, tantôt fibrineux, recouvert d'une sorte d'enduit pseudo-membraneux et entouré d'une couronne érodée, rose brun.

Les infections secondaires dans les régions des plis sont fréquentes, déformant les éléments primitifs et embarrassant le diagnostic, aussi faut-il d'abord, par des pansements propres, faire cesser cette cause d'erreur.

8° Syphilides papulo-végétantes. (S. framboesoïdes, S. papillomateuses, verruqueuses, etc.) (Planche **24**). — Ces

syphilides ne sont que l'exagération des variétés précédentes, Ce sont le plus souvent des papules dont la surface se hérisse de végétations érodées humides et suintantes ; parfois elles sont villeuses, verruqueuses, cornées, sèches simulant une tuberculose verruqueuse.

Le plus souvent, elles envahissent, elles aussi, les plis cutanées : plis interfessier, génito-crural, mais parfois elles siègent à la face, autour des narines, le long des plis nasogéniens, sur les lèvres, au menton, au cou ; dans un cas de Petrini elles étaient disséminées sur tout le corps.

Tantôt elles confluent en larges nappes végétantes qu'entourent des papules isolées ; tantôt elles restent isolées et distinctes, nettement arrondies, souvent très proéminentes, saillant de 5, 6, 8 millimètres, roses ou rouges ou grisâtres, quelquefois recouvertes de sérosité jaune-grisâtre concrétée.

9° Syphilides papulo-crouteuses. — Cette syphilide n'est qu'un mode évolutif des syphilides papuleuses et papulo-squameuses, elle peut donc en présenter toutes les variétés d'aspect, de grandeur, de groupement, et habituellement es syphilides papulo-crouteuses coexistent avec des syphilides papulo-squameuses.

Le sommet de la papule, lisse ou déjà squameux, se recouvre d'une petite croûte arrondie, superficielle, jaunâtre ou brun ou noirâtre-hématique, bordée par un liséré squameux. Cette croûtelle n'envahit que rarement tout le plateau de la papule et d'ordinaire elle est entourée d'une couronne papuleuse rouge sombre. Cette croûtelle est mince et sèche. Détachée, elle laisse voir une surface papuleuse sèche ou à peine érodée.

10° Syphilides papulo-pustuleuses ecthymatiformes, rupioïdes (Planche **25**, fig. 1). Cette variété simule l'ecthyma et le diagnostic est souvent malaisé.

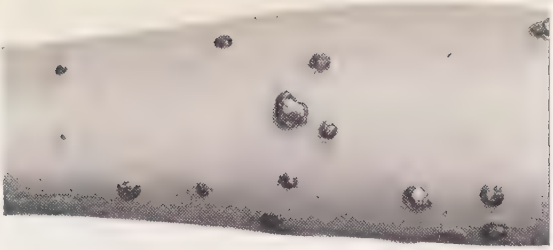


Fig. 1. — **Ecthyma syphilitique ou syphilide papulo-crustacée ecthymatiforme.**

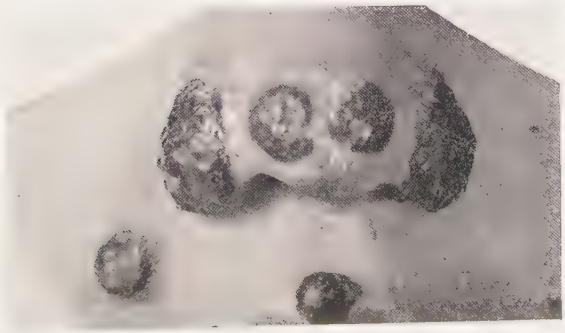


Fig. 2. — **Syphilides secondaires papulo-croûteuses et ulcéro-croûteuses du nez.**

Sous la croûte jaune ou brunâtre on retrouve la papule syphilitique.

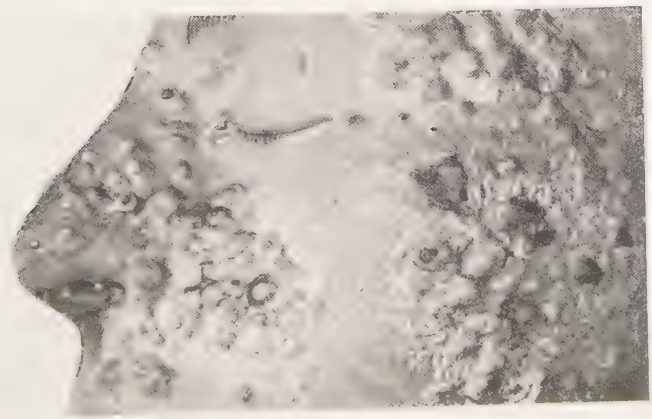


Fig. 3.

Syphilides papulo-vésiculo-pustuleuses impetiginoïdes (impetigo syphilitique).

Les lésions ressemblent à l'impetigo par leur forme arrondie, leurs croûtes mélicériques, mais en y regardant de plus près, on voit que ces croûtes reposent sur une papule infiltrée et il suffit d'arracher la croûte avec une pince, pour découvrir la papule syphilitique caractéristique sous-jacente.

Gougerot, *Syphilis*, p. 190.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Ecthyma staphylococcique et streptococcique.	**Syphilide.**
Antécédents de pyodermite, de gale, de phtiriase, de prurit, de malpropreté.	Antécédents syphilitiques.
Siège d'élection, aux membres, surtout aux membres inférieurs et à la partie inférieure du tronc, il envahit rarement la face.	Sièges d'élection aux membres inférieurs, sur les épaules, au front (variété croûteuse de la *corona veneris*) à la nuque, dans les cheveux, la barbe.
Eléments inégaux parce que d'âge différents, éléments adultes de même taille.	Eléments plus inégaux, quoique d'âge égal : un gros élément s'entoure d'éléments plus petits groupés en coup de plomb.
Début par une vésico-pustule, molle, œdémateuse, lancinante et douloureuse, d'un rouge vif diffus, inflammatoire.	Début par une papule infiltrée, sèche, dure, indolente, rouge sombre, aphlegmasique, ou par une syphilide papulo-squameuse ou croûteuse (la vésiculation du début est obscure).
Formation rapide de la lésion adulte en 4 à 8 jours.	Accroissement plus lent en 15, 20 jours.
Croûte tantôt identique, tantôt plus mince.	Croûte plus stratifiée, plus rupioïde, plus ostréacée.
Croûte plus rouge brunâtre, plus hématique.	Croûte plus ocreuse, jaune verdâtre, vert brunâtre, vert noirâtre.
Croûte recouvrant tout l'élément.	Croûte ne recouvrant souvent qu'une partie de la papule laissant déborder une couronne papuleuse.
Croûte moins résistante.	Croûte plus résistante, plus sèche, plus épaisse.
Ulcération entamant toute la surface de l'élément.	Ulcération partielle, le plus souvent n'entamant qu'une partie de l'infiltrat
Remplie de pus.	Remplie d'un liquide puriforme ou séreux louche.
Irrégulière dans son tracé quoique arrondie dans son ensemble.	Ulcération orbiculaire.

Bords non tracés au compas, souvent avec des déchiquetures (en dents de scie), parfois moins nettement entaillés et légèrement décollés, mollasses, œdematiés, inflammatoires.	Bords tracés au compas, réguliers, nettement entaillés, non décollés, infiltrés, indurés, aphlegmasiques.
Fond purulent.	Fond jaunâtre, bourbillonneux ou rouge.
Si la lésion s'accroît, elle le fait par un soulèvement circulaire bulleux de l'épiderme autour de la croûte.	La même pustullation zonulaire peut s'observer dans la syphilis.
Evolution plus courte.	Evolution plus lente.
Auto-inoculation d'ordinaire facile et reproduisant la lésion type du début.	Auto-inoculation négative sauf exception.

11° Syphilide papulo-pustuleuse acnéiforme (Planche 26, fig. 1). — Cette syphilide ressemble à l'acné staphylococcique vulgaire, le diagnostic est souvent difficile et d'autant plus malaisé que la syphilis ne prend habituellement cet aspect que sur terrain séborrhéique, que souvent l'acné vrai a précédé et se mêle aux syphilides acnéiformes.

Acné.	Syphilide acnéiforme.
Eléments localisés aux régions séborrhéiques, à la face, au dos, à la région sternale, à la nuque.	Papulo-pustules disséminées en dehors des régions séborrhéiques, jusqu'au bas des lombes et des fesses, à la face postérieure des bras aux avant-bras, aux jambes.
Rares dans le cuir chevelu.	Fréquentes dans le cuir chevelu et souvent localisées en cseul siège.
Irrégulièrement disséminés nombreux et plus gros.	Quelquefois groupées en arceaux (s. circinées) en coup de plomb. En petit nombre ne dépassant guère 4 à 6. Plus petites (en têtes d'épingle), presque plates, surmontées d'une croûtelle brunâtre, indolente.

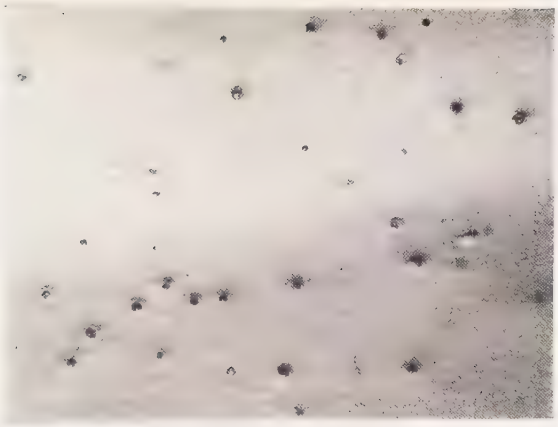


FIG. 1. — **Syphilides papulo-pustuleuses acnéiformes (acné syphilitique).**

Les papules toutes petites simulent l'acné, les unes sont rouges, les autres violacées. Elles diffèrent pourtant de l'acné par leur début papuleux froid (éléments jeunes), leur forme hémisphérique, leur induration, la collerette de Biett.

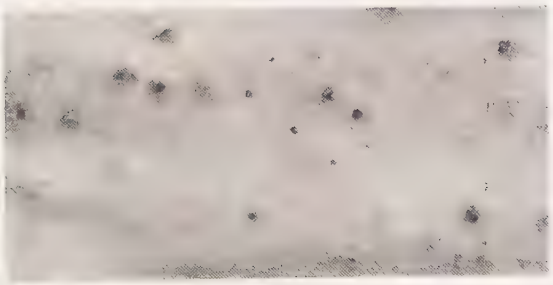


FIG. 2. — **Syphilides papulo-vésiculeuses ou pustuleuses varioliformes.**

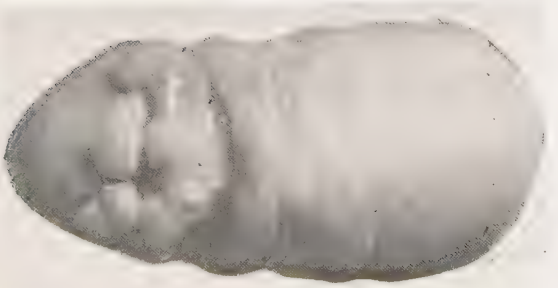


FIG. 3. — **Syphilides papulo-vésiculeuses herpétiformes.**

Mélange :

— *de pustulettes naissantes, acuminées, péripilaires, centrées d'un point purulent* ;

— d'éléments adultes, *gros, douloureux, enflammés, œdématiés, pâteux, rouge vif, auréolés de rose,* contenant une *goutte de pus crémeux* ;

— d'éléments en régression, es seuls qui simulent les syphilides par leur aspect cuivré, aphlegmasique, indolent.

Le mélange d'éléments jeunes et anciens est constant.

Associé à d'autre lésions surséborrhéiques (comédon) ; pas de lésions muqueuses.

Contenant du staphylocoque ou des cocci dès leur début.

Durée presque indéfinie : affections datant de la jeunesse et récidivant sans cesse.

Mélange

— d'éléments naissants : papules plates, indurées sans pustulette.

— d'éléments adultes : papules à centre pustuleux, moins grosses, *indolentes,* aphlegmasiques, indurées, non œdématiées, rouge sombre, jambonné cuivré, auréolées d'une collerette de Biett. La lésion contient de la sérosité plutôt que du pus, le centre est donc croûteux ou ulcéreux, entouré d'un anneau induré.

— d'éléments finissant, croûtelleux à squames-croûtes brunâtres entourées parfois de la collerette de Biett.

Souvent les syphilides sont à peu près toutes du même âge.

Souvent elles sont associées à d'autres syphilides papuleuses cutanées (lichénoïde) et à des plaques muqueuses.

Sauf au début il ne faut pas compter sur l'examen microbien de l'élément éruptif, car bientôt la syphilide est envahie par les staphylocoques et les tréponèmes disparaissent.

Durée longue mais définie.

12° Syphilides papulo-ulcéreuses (Planche **25**, fig. 2). — Ces syphilides ne sont qu'un mode évolutif de plusieurs des formes précédentes (nos 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, etc.).

Les syphilides papulo-ulcéreuses sont donc très variables d'aspect, de grandeur, de groupement : elles sont ou groupées, ou isolées et dispersées ; elles sont rares ou nombreuses, etc.

Elles indiquent une évolution plus grave de la syphilide

et sauf le cas de syphilide maligne, on ne les voit guère avant la fin de la première année. On a dit qu'elles étaient les plus tardives des syphilides secondaires.

L'ulcération est tantôt superficielle, tantôt profonde se rapprochant des lésions tertiaires.

Le plus souvent l'ulcération est cachée par une croûte ecthymatiforme ou autre. D'autres fois elle est à nu, soit que la croûte ait été arrachée, soit que l'ulcération ait succédé à une vésiculation obscure éphémère.

L'ulcération a les caractères de toutes les ulcérations syphilitiques : elle est arrondie, ses bords sont tracés au compas, à pic, adhérents ; le fond est propre, rouge ou recouvert d'un enduit jaunâtre.

En certaines régions, notamment dans les plis cutanés, aux lèvres, aux paupières, à la langue, l'ulcération se déforme, devient une fissure ou rhagade souvent douloureuse.

13° Syphilides papulo-vésiculeuses ou papulo-pustuleuses vacciniforme, varioliforme, varicelliforme (Planche **26**, fig. 2). Les erreurs du diagnostic les plus invraisemblables ont été commises même avec la variole, lorsque les syphilides s'accompagnaient de troubles généraux et de fièvre. Le diagnostic s'appuye toujours sur les mêmes caractères : la syphilide débute par une papule et repose sur une papule.

14° Syphilides papulo-vésiculeuses herpétiformes (ou S. papulo-croûteuse miliaire) (Planche **26**, fig. 3). Ces syphilides très ténues, larges de 1 à 2 millimètres, se groupent souvent en placards diffus ou discoïdes ; rarement elles se dispersent sur les membres et sur le tronc, elles n'atteignent qu'exceptionnellement la face et jamais, dit-on, les mains ni les pieds.

Les papules petites sont le siège d'une vésicule éphémère qui se rompt rapidement et s'incruste ; la papule très petite

FIG. 1. — **Syphilides papulo-vésiculeuses et squameuses**

Les éléments, très petits, sont groupés en amas, à bords diffus en archipel, simulant jusqu'à un certain point l'eczéma : *syphilide eczématiforme*, mais les lésions sont plus sèches, plus infiltrées, plus papuleuses, plus cuivrées que dans l'eczéma.

FIG. 2. — **Syphilide papuleuse miliaire lichénoïde : lichen syphilitique.**

Les petites papules sont disséminées sur le tronc, les membres, sans ordre, éparses ou groupées en amas ; chacune d'elles reproduit en miniature les caractéristiques de la papule syphilitique, ce qui distingue aisément cette lésion du lichen plan.

FIG. 3. — **Syphilides papuleuses ponctuées**

Ce sont les plus petites des syphilides : les plus grosses sont de la grandeur du « lichen syphilitique », les plus petites ressemblent aux cônes cornées péripilaires de la kératose pilaire, et pourtant un examen minutieux révèle sur certains éléments les caractères de la papule syphilitique.

Gougerot, *Syphilis*, p. 191

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

surmontée de sa croûte brunâtre est souvent bordée d'une collerette épidermique grisâtre; au-dessous de la croûte, on trouve une surface rouge papuleuse lisse, légèrement squamelleuse, infiltrée.

15° Syphilides vésiculo-eczémateuses (Planche **27**, fig. 1). — Ces syphilides très petites, plus ou moins vésiculeuses laissent des croûtelles et des squamules petites, de la grosseur des vésicules de l'eczéma ; elles restent isolées ou se groupent en placards diffus à bords émiettés comme dans l'eczéma.

Le diagnostic n'est possible qu'en reconstituant le développement de l'éruption et en cherchant des éléments types.

16° Syphilide impétigineuse. (Planche **25**, fig. 3). — Cette syphilide par sa vésiculation inconstante et surtout par sa croûte jaune mélicérique simule au premier abord l'impetigo vulgaire streptococcique. Elle peut présenter toutes les variétés de grandeur, de groupement, de dissémination de l'impetigo.

Impetigo streptococcique.	**Syphilide impétigineuse.**
Localisé à la face, au cuir chevelu (presque toujours alors secondaire à la pédiculose), au cou ; car aux membres et au tronc la streptococcie est plus bulleuse, plus ecthymateuse qu'impétigineuse.	Localisée à la face, au tronc, au cuir chevelu, au pubis.
Début par une macule, puis par une phlyctène très éphémère *non papuleuse.*	Début par une *papule* moins éphémère.
Elément arrondi, mais souvent irrégulier présentant des bavures, des coulées de sérosité concrétée.	Elément orbiculaire, régulier, tracé au compas.

Croûte plus dorée, plus mélicérique, plus luisante.	Croûte moins dorée, plus ocreuse ou jaune verdâtre, plus ternes.
Croûte friable, pâteuse, s'écrasant, onctueuse.	Croûtes plus rocailleuses, plus dures, plus cassantes.
Croûte enchâssée.	Croûte surmontant une base saillante érodée qui ne l'enchâsse pas.
Sous la croûte, épiderme érodé plat sans infiltration papuleuse. Exceptionnellement (j'en ai publié les premiers cas avec Gaucher), l'impetigo peut reposer sur une base infiltrée verruqueuse, mais cet infiltrat est de forme non exactement orbiculaire, et régresse rapidement.	Sous la croûte, on découvre une *papule infiltrée* érodée, ou ulcérée ou végétante, toujours nettement orbiculaire.
Coexistant souvent avec des phlyctènes purulentes des mains, des membres, des panaris, etc.	Coexistant avec des syphilides d'autre types, des plaques muqueuses (la syphilide impétigineuse est exceptionnelle aux membres et inconnue aux extrémités).
S'accompagnant fréquemment d'adénite régionale.	Pas d'adénite régionale (mais micropolyadénopathie de la syphilis secondaire).
Durée très courte et disparition rapide.	Durée plus longue et cicatrisation plus lente.

17° Syphilides pemphigoïdes bulleuses — Cette forme fréquente chez le nouveau-né hérédo-syphilitique est tout à fait exceptionnelle chez l'adulte (v. p. 348).

18° Syphilides papulo-granuleuses. (*S. papuleuses miliaires*, *S. lichénoïdes*, *lichen syphilitique*) (Planche **27**, fig. 2).— La syphilide papulogranuleuse reproduit en petit la forme papuleuse n° 2 et en présente *tous les caractères* (v. p. 187); c'est une « micro-papule » de 1 à 2 millimètres; les éléments sont souvent plus nombreux, groupés en amas sans pourtant se confondre; elle est très tenace et guérit lentement, ce dont il faut être prévenu.

En raison de sa petitesse, elle simule le lichen, mais le diagnostic est facile :

Lichen plan de Wilson.	**Syphilide lichénoïde.**
Papules isolées ou agminées, se touchant, formant des placards quadrillés en *mosaïque*, exceptionnellement en anneaux prédominant à la face antérieure des poignets, des avant-bras, aux cuisses, aux membres inférieurs.	Papules dispersées ou agminées, mais séparées les unes des autres, en amas irréguliers, formant rarement des anneaux, prédominant aux dos.
Papule *polygonale* inscrite dans les plicatures épidermiques normales.	Papules arrondies, « orbiculaires ».
Plane et plate, et même souvent *déprimée* au centre.	Légèrement convexes, plus saillantes ou mêmes acuminées, « en grain de millet ».
Miroitante à jour frisant, « surface en *facettes polies* ».	A sommet squameux souvent croûtelleux.
Souvent *rouge lilas*.	Rouge sombre plus cuivré.
Epiderme longtemps intact, puis devenant squamelleux par brisure de l'épiderme.	Desquamant plus précocement.
Peu ou pas résistante à la palpation.	Résistantes, indurées, « ayant du corps », donnant au doigt la sensation de petits grains de plomb.
Prurigineuse.	Non prurigineuses.
Laissant des macules brunâtres terminales.	Se résorbant habituellement sans laisser de traces.
Envahissant lentement par poussées region par région.	Envahissant rapidement, souvent d'un seul coup ; les éléments sont donc presque tous du même âge.
Aux membres inférieurs, souvent éléments gros, arrondis de 5 à 10 et 15 millimètres, convexes, rouges violacés, bruns, squameux, indurés, très démangeants.	Aux membres inférieurs papules souvent à peine plus grosses et dépourvues de prurit.
Dans la bouche, *à la face interne des joues et en arrière-réseau de traînées blanc-bleu-*	Dans la bouche plaques muqueuses, siégeant surtout sur les amygdales, les piliers, la

dtre très fines et *ponctuées* de points blancs, de 1 à 2 millimètres, formés d'épiderme épaissi impossible à détacher. Sur la langue, même réseau ou large macule de 5 à 6 millimètres blanc-lilacé « en *pain à cacheter* ». Antécédents neuro-arthritiques, poussées antérieures de ichen.	langue, les commissures labiales ; plaques rosées ou opalines, dont l'enduit épidermique s'enlève facilement. Ou bien leucoplasie (v. p. 332) très différente du lichen. Antécédents syphilitiques[1].

19° Syphilides papuleuses ponctuées (Planche **27**, fig. 3). — Les papules, très petites, « en chair de poule », sont rouge-brun, sur- montées d'une squamule blanche, parfois de croûtelles brunâtres ou rouges vineuses aux jambes.

Elles sont extrêmement nombreuses, ponctuant le dos, les lombes, les flancs, les bras, les membres, épargnant le visage.

Elles sont disséminées, distinctes, souvent groupées en amas diffus de 2 à 3 centimètres; parfois elles semblent greffées sur des macules de roséole ou sur de larges papules affaissées. Leur petitesse les fait ressembler à la kératose pilaire, à la « chair de poule ».

20° Syphilides papulo-squameuses psoriasiformes (Planche **27**, fig. 2). — Cette syphilide par l'epaisseur, par la blancheur et la stratification de ses squames, simule le psoriasis vulgaire. Le diagnostic est d'autant plus difficile que souvent le vrai psoriasis est circiné et annulaire comme les syphilides.

1. A titre exceptionnel Hallopeau a vu une syphilide simuler le lichen aigu.

Psoriasis.	Syphilides papulo-squameuses psoriasiformes.
Antécédents : le psoriasis commence le plus souvent dans l'adolescence : un adulte a eu d'ordinaire plusieurs poussées psoriasiques antérieures.	Dans les antécédents, pas de psoriasis; mais le souvenir d'un chancre et d'éruptions secondaires, de plaques muqueuses;
Eruption indolente, *parfois* un peu sensible (?) et légèrement démangeante (?).	Indolente, non prurigineuse.
Distribution : localisation de prédilection à la face d'extension des coudes, des genoux, à la région lombo-sacrée, dans les cheveux; ou si le sujet est séborrhéique, dans les plis mammaires, etc.; exceptionnellement les organes génitaux sont atteints.	Eruption irrégulière, plus disséminée, voire même généralisée, frappant plutôt les faces de flexion que d'extension des membres, prédominant au cou, au tronc, aux régions génitales;
Groupement : plaques de grandeur irrégulière; absence fréquente de petits éléments autour des grandes plaques.	Eléments souvent petits, assez monomorphes; plaques formées par la confluence de petits éléments; tendance à la figuration, au polycyclisme;
Aspect des éléments : épiderme très squameux, blanc, neigeux, *reposant sur une macule non saillante.*	Eléments papuleux souvent isses, luisants, vernissés, pauvrement squameux (mais que d'exceptions); *squames reposant sur une papule.*
Bords moins nets, moins nettement tranchés et *plats* sans surélévation.	Bords nets, nettement limités, un peu relevés, souvent même saillants, papuleux;
Contour arrondi, mais souvent un peu irrégulier.	Très exactement circulaire ou polycyclique, « *tracé au compas* »; quelquefois collerette squameuse distincte du placard central qu'elle entoure (collerette de Biett);
Au grattage : *Squames feuilletées, fines, brillantes, micacées, sèches et dures* donnant au grattage l'aspect de *tache de bougie.*	Squames larges, moins feuilletées et moins brillantes, poussiéreuses, ne donnant pas au grattage l'aspect de tache de bougie (si la squame syphili-

tique est épaisse il s'agit d'une squame-croûte irrégulière, non feuilletée, non micacée). En un mot les squames non régulièrement feuilletées se détachent irrégulièrement ;

La *dernière squame* brillante laisse transparaître le fond rouge sous-jacent. Elle se détache par lambeaux.

La dernière squame tombe en poussière, ou s'arrache d'un seul coup comme une croûte ;

La *surface découverte* est orangé-rouge, d'aspect gras ;

La surface découverte est rouge foncé, sèche.

Grattée doucement, chaque papille donne une gouttelette, d'où un aspect régulier de pointillé sanglant : le saignement est abondant (signe d'Auspitz).

Grattée, elle donne une hémorragie, par placards, irrégulière et peu abondante ;

La *surface dénudée* n'est pas *saillante*, elle n'est pas *indurée* à la palpation, ni infiltrée.

Elle est indurée, infiltrée ;

C'est une *macule* rouge-rosé ou rouge-jaunâtre orangé *clair* (sauf sur terrain séborrhéique), sans épaisseur.

C'est une *papule* rouge sombre, ou rouge cuivré, rouge brun *foncé*.

Evolution : La plaque psoriasique est *immobilisée*, la lésion la plus accentuée est au centre.

Extension excentrique, lente : souvent le centre s'affaisse, le bord continuant de progresser, le *maximum de la lésion est donc à la périphérie ;*

Durée très longue, indéfinie.

Durée limitée, guérison spontanée ;

Ne laisse *pas de cicatrices* et exceptionnellement des macules pigmentées.

Laisse souvent des *cicatrices* et des *macules pigmentées* ;

Uniformité des lésions qui sont seulement d'âge différent, *pas de lésions ulcéreuses.*

Eléments associés différents : syphilides papuleuses avec peu ou pas de squames : Syphilides *papulo-croûteuses, ecthymateuses, ulcéreuses :* donc *polymorphisme* de l'éruption ;

Coexistence de rhumatisme chronique déformant ; le psoriasis du cuir chevelu ne fait pas tomber les cheveux.

Coexistence d'autres accidents syphilitiques : plaques muqueuses, alopécie, polyadénopathie, leucoplasie ;

(Le psoriasis palmo-plantaire est habituellement bilatéral.)	(Les syphilides palmo-plantaires sont souvent *unilatérales*).
Inefficacité du traitement général mercuriel. La guérison n'est obtenue que par un traitement local modificateur actif (huile de cade, chrysarobine.)	Guérison rapide par le traitement mercuriel et ioduré même sans traitement local ;
Récidive fréquente et toujours sous la forme de psoriasis.	Rareté des récidives sous la forme de « psoriasis syphilitique ».
Histologiquement maximum de lésions dans l'épiderme.	Maximum des lésions dans le derme ;
Epiderme très épaissi, clivé, desquamant (*hyperkératose*) — Les assises desquamantes ont conservé leur noyau en devenan cornées et reposent directement sur le corps muqueux de Malpighi sans intermédiaire de stratum granulosum (*parakératose*). — Corps muqueux très hypertrophié avec tuméfaction des cônes interpapillaires (*hyperakanthose*) — et surtout on note entre les squames de petits foyers leucocytaires collectés superposés, véritables *microabcès* collectés par exocytose et « *secs* » (Sabouraud).	Epiderme squameux, squame-croûte ;
Derme peu ou pas épaissi, peu ou pas infiltré, quelques cellules disséminées; traînées périvasculaires très peu abondantes. — Pas de vascularite.	Derme très infiltré de plasmazellen; traînées et nodules compacts surtout dans la couche sous-papillaire; manchons périvasculaires serrés; ébauches de follicules et parfois cellules géantes. — Vascularites constantes, souvent intenses.
Bactériologiquement. Pas de germes décelables, inoculation négative au singe ;	Constatation de spirochètes et inoculation au singe (résultats très inconstants).
Séro-réaction de Wassermann négative[1].	*Séro-réaction positive.*

1. Mais parfois le diagnostic clinique est impossible, car le psoriasis survient chez un syphilitique, ou inversement et les deux affections forment des hybrides. J'en ai vu un cas (moulage 21-2528).

21. Syphilides purpurique et papulo-hémorragique (Planche **28**, fig. 1). — Ces variétés hémorragiques, très exceptionnelles, ne se rencontrent que chez les malades en imminence de purpura (diathèse hémorragipare) et surtout sur les membres inférieurs variqueux.

Le sang infiltrant les papules, les syphilides simulent le purpura, les érythèmes noueux contusiformes, voire même des sarcomes.

Le sang infiltrant des papulo-vésicules ou pustules, le diagnostic est plus facile, quoique l'erreur ait pu être faite avec le purpura et les pemphigus.

22. Syphilides pigmentaires (Planche **28**, fig. 2). — Les syphilides laissent souvent des macules pigmentées passagères; parfois ces macules pigmentées, brunâtres, persistent des mois, d'où la création de cette forme spéciale.

Tantôt les taches pigmentaires ont la forme arrondie de l'infiltrat papuleux; tantôt elles forment une auréole brune, sorte de couronne entourant une aire de peau de coloration normale ou décolorée.

Ces syphilides pigmentaires dessinent les mêmes groupements en amas, en anneaux, etc., que les syphilides qui leur ont donné naissance.

23. Syphilides nigricantes et syphilides noires. — Cette forme est l'exagération de la précédente : la pigmentation apparaît dès le stade adulte des papules; elle s'accroît rapidement, forme une tache brun foncé, ou même noire, qui s'accentue, en même temps que la papule disparaît; le malade reste donc tacheté de macules arrondies de 5 à 20 millimètres, parfois plus, brunes ou noires, isolées ou confluentes qui ne s'atténueront qu'avec une lenteur désespérante (« peau de léopard »), l'aspect est si disgracieux que cette syphilide bénigne par ailleurs est souvent cataloguée parmi les syphilides malignes.

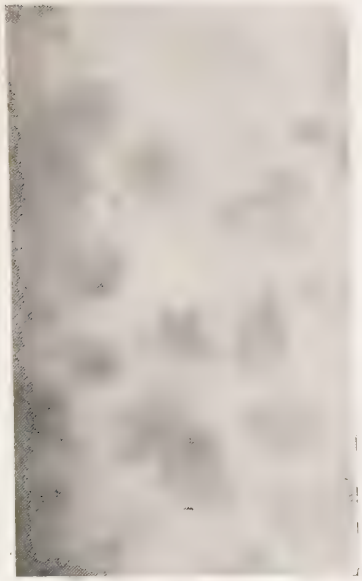


FIG. 1. — **Syphilides purpuriques**

Les syphilides très congestionnées cyanotiques, souvent tachetées de purpura, sont d'ordinaire méconnues ; on retrouve pourtant les éléments arrondis, maculeux ou papuleux, isolés ou groupés (en coup de plomb), si particuliers à la syphilis.

FIG. 2. — **Syphilides pigmentées et nigricantes précoces du cou**

Les syphilides, dès leur période de déclin, sont infiltrées de pigment, la cicatrice est brune plus ou moins foncée, parfois le bord ou la totalité sont noir brun.

FIG. 3. — **Syphilides cicatricielles**

(Ou « atrophie interstitielle de la peau » ou « vergetures » consécutives à une syphilide papuleuse.) Les cicatrices indélébiles forment des « trous » dans le derme que recouvre un épiderme décoloré blanc ou blanc lilacé, aminci et plissé, non squameux.

Cf. Jeanselme, *Syphilis*, p. 192

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Il faut dans ce cas se méfier d'une atteinte des surrénales et ne pas donner d'arsénic qui exagère les pigmentations : on a même accusé le 606 d'avoir favorisé leur éclosion.

24. Syphilides cicatricielles : Cicatrices post-papuleuses (Planche **28**, fig. 3), — Les syphilides ulcéreuses laissent une cicatrice indélébile. Les syphilides subulcéreuses donnent une cicatrice superficielle que le temps efface peu à peu. Les syphilides papuleuses guérissent sans cicatrice, mais à la papule fait suite souvent une macule pigmentée qui disparaît plus ou moins lentement. Exceptionnellement les syphilides papuleuses, bien qu'elles n'aient pas ulcéré l'épiderme, donnent une cicatrice : c'est que l'infiltrat dermique a détruit les fibres élastiques, comme l'aurait fait une ulcération profonde; il s'est fait, pourrait-on dire, une ulcération sous l'épiderme.

Tantôt le malade a noté l'éruption papuleuse, il sait que les cicatrices en dérivent.

Tantôt il n'a pas gardé le souvenir de l'éruption, les cicatrices sont découvertes par hasard.

Ces cicatrices sont habituellement très nombreuses, 50, 100, etc., disséminées sur le tronc, la racine des membres; elles sont blanches, presque laiteuses ou à peine violacées, arrondies ou ovalaires; l'épiderme, plissé, comme aminci, est tantôt déprimé, tantôt repoussé par le tissu conjonctif sous-jacent qui tend à faire hernie. Le doigt sent un trou vide limité par un anneau de peau saine. On dirait des « vergetures », sauf leur forme orbiculaire.

Elles sont indélébiles et ne rétrocèdent pas.

On voit quelle est l'infinie variété des syphilides secondaires; il faudrait encore ajouter toutes variétés de groupement qui peuvent se rencontrer dans tous les types énumérés ci-dessus (Planche **29** et **30**) :

— Éléments isolés, distincts, irrégulièrement dispersés, mais à distance égale les uns des autres.

— Éléments groupés en bouquet.

— Éléments groupés en archipel autour de sorte de nœuds éruptifs.

— Éléments groupés en corymbe : une papule majeure centrale est entourée de papules mineures (Planche **29**, fig. 1).

— Éléments agminés, serrés les uns contre les autres, tout en restant distincts (syphilides en coup de plomb).

— Éléments confluents, formant : des nappes arrondies (syphilides discoïdes) ou polycycliques (Planche **30**, fig. 1), etc., des anneaux complets (Planche **30**, fig. 2) ou incomplets, parfois concentriques (syphilides en cocarde (Planche **39**, fig. 2)); des arceaux polycycliques (syphilides en collier), irréguliers, conjugués, concentriques et parallèles; des spirales, des lignes sinusoïdes (syphilides en « S »). Le centre de ces syphilides figurées est tantôt formé de peau saine, tantôt parsemé de papules, tantôt cicatriciel.

En certaines régions, les syphilides donnent des aspects spéciaux : phimosis « secondaire » du prépuce comparable au chancre phimosis et dû à l'infiltration des papules.

Enfin en période secondaire (et aussi en période tertiaire) une syphilide peut revêtir la forme d'un chancre et faire croire à une réinfection syphilitique, surtout s'il survient ensuite une roséole de retour (syphilide chancriforme).

En raison de ce polymorphisme des syphilides, on voit donc que, *devant toute éruption cutanée ou muqueuse* **sans exception**, *il faut* **systématiquement** *discuter le* **diagnostic de syphilis**.

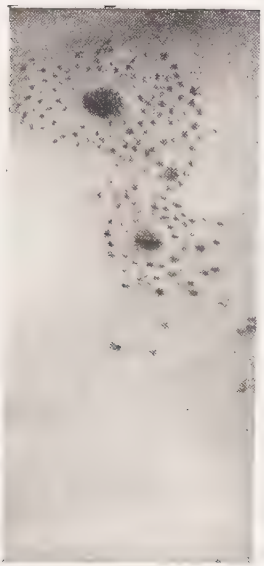


FIG. 4. — **Syphilides en corymbe**

Au centre de l'amas est une syphilide papuleuse, large, cuivrée ; tout autour se pressent des papules, petites et nombreuses, qui, ici, sont plus squameuses et moins cuivrées.

FIG. 3. — **Syphilides circinées en cocarde**

Chaque cercle est papuleux cuivré à tendance squameuse et tacheté d'éléments papuleux, plus larges, plus saillants, plus squameux.

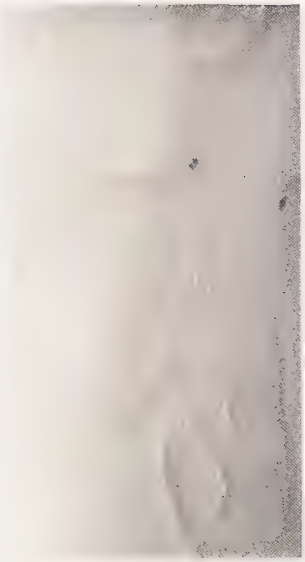


FIG. 1. — **Syphilides circinées à cercles, de grandeur inégale.**

Complets ou incomplets, en arceaux, etc. Les segments de cercle sont papulo-squameux, rose-lilacés et infiltrés.

FIG. 2. - **Syphilides circinées tuberculo-croûteuses**

Le cercle papulo-squameux est en effet parsemé d'éléments papulo-croûteux, parfois ulcérés.

Gougerot, *Syphilis*, p. 202.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Traitement

Devant toutes ces éruptions, l'indication thérapeutique est simple : il faut faire des séries de traitement jusqu'à disparition complète des accidents.

La thérapeutique de fond est l'injection de sels mercuriels solubles (benzoate...) : tous les jours ou tous les deux jours par séries de 12, 15, 20 injections avec des repos aussi courts que possible de 4 à 7 jours entre chaque série. On y adjoint de l'iodure (2 gr.) si les éléments sont papuleux ou tubéreux, de l'arsenic (hectine, salicylarsinate de mercure) si les ulcérations sont nombreuses, si les plaques muqueuses sont abondantes.

Le traitement local peut être un adjuvant utile : grands bains de sublimé si les ulcérations sont nombreuses (20 gr. de sublimé dissous dans 500 d'eau) ; onction de pommades au calomel sur les éléments croûteux ou ulcéreux, etc. ; occlusion des ulcérations avec un emplâtre après cautérisation au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode ; traitement habituel des plaques muqueuses (v. p. 180), etc.

Les piqûres intra-veineuses quotidiennes de cyanure de mercure sont réservées au début du traitement des cas graves et des éruptions généralisées ; on continue ensuite par les injections intra-fessières quotidiennes de benzoate.

Les piqûres de calomel hebdomadaires (0,05 à 0,10) seront exceptionnellement employées dans des éruptions tenaces papulo-squameuses. On pourra leur associer des frictions mercurielles sur les régions atteintes (v. Frictions mercurielles p. 65), et l'occlusion avec l'emplâtre de Vigo.

Le 606 et le 914 ne seront injectés que dans les cas spéciaux que nous avons spécifiés (v. p. 88) : syphilis résistant au mercure et syphilis récidivant sans cesse. Si l'on ne craint pas les risques et si l'on veut aller vite, on peut, dans les cas habituels, faire une seule injection de 0,30 de 606 ou de 0,40 de 914 pour « dégrossir » et continuer par des piqûres mercurielles. Balzer entremêle les piqûres mercurielles et les injections huileuses intra-musculaires de 606 (v. p. 116).

Suivant l'intensité des lésions, leur généralisation, leur gravité, leur tendance à récidiver, on fera des séries mercurielles plus longues, moins espacées, plus répétées. Il est impossible de donner une règle univoque, le médecin doit se guider suivant chaque cas : la formule « 15 à 20 jours de piqûres, 5 jours de repos et recommencer » n'est qu'un exemple schématique.

Le traitement devra être continué après la disparition complète des lésions (v. Syphilis secondaire latente, p. 207).

CHAPITRE X

SYPHILIS SECONDAIRE LATENTE

Dans le traitement de la syphilis secondaire latente quatre, principes doivent toujours être présents à l'esprit :

I. — Nécessité du traitement de sûreté périodique et prolongé, p. 208.

II. — Utilité « de frapper fort » au début de la syphilis : traitement d'assaut aussi intense que possible, p. 209.

III. Après ce traitement d'assaut, graduer le traitement suivant chaque cas, suivant l'intensité, la généralisation, la gravité, la tendance à la récidive des accidents. Là encore il est impossible de donner un schème univoque du traitement de sûreté. p. 210.

IV. — Surveillance *clinique* et *sérologique* (système nerveux et viscères), et traitement de quatre ans au moins après le chancre ou après les derniers accidents secondaires graves récidivants, et de deux ans au moins après les derniers accidents isolés et bénins. Graduer le traitement suivant les symptômes révélés par cette surveillance, p. 211.

Exemples :

Surveillance et traitement du syphilitique qui paraît « guéri » 1° après la disparition des accidents primaires, p. 214 ; — 2° après la disparition des premiers accidents secondaires, p. 215 ; — 3° après des récidives nombreuses de syphilides secondaires, p. 215 ; — 4° après des récidives frustes, bénignes et espacées, p. 215.

Après la guérison du chancre ou des premiers accidents secondaires, la syphilis vigoureusement traitée entre dans une période de latence, elle semble guérie, mais, si l'on arrêtait le traitement, si l'on cessait de surveiller le malade, le plus souvent la récidive se produi

rait; il importe donc, pour maintenir cette « guérison » apparente sinon réelle, de traiter le malade préventivement, de le surveiller afin de prévenir, autant que possible, les récidives et de les arrêter par un nouveau traitement.

Dans ce traitement et cette surveillance du syphilitique, quatre principes devront toujours être présents à l'esprit :

I. — **Le traitement doit être prolongé après la disparition des accidents.**

Le malade doit être « éduqué » et prévenu des dangers qu'entraînerait la méconnaissance de cette règle.

La *nécessité d'un traitement de sûreté périodique et prolongé dans les premières années de la syphilis* s'est imposée à tous depuis longtemps et il n'y a que ceux qui prétendent guérir la syphilis en un mois avec les arsenicaux qui ont un moment tenté de battre en brèche cette vieille règle clinique; mais, devant la montée croissante des récidives, ces imprudents diminuent de nombre et complètent leur traitement abortif par des séries mercurielles. On ne discute plus que sur la durée et le mode de ce traitement de sûreté.

Pensant qu'il vaut mieux être trop prudent que pas assez, nous posons comme règle : un *traitement périodique* **de quatre ans** *au moins, après le* **chancre**[1] *ou après* **toute récidive d'accidents actifs généralisés**, *et de* **deux ans au moins, après les récidives d'accidents isolés bénins.**

Ce traitement de sûreté doit être poursuivi, **même en l'absence de tout accident, même si la séro-**

1. C'est dans cette addition « ou après toute recidive, etc., » que je me sépare de la formule classique de Fournier et Gaucher.

réaction est négative, *car on a vu des récidives se produire avec un Wassermann négatif*[1].

II. — **Au début de la syphilis**, il importe de « *frapper fort* ». En effet, c'est à ce début que l'on peut espérer éteindre l'infection et l'expérience de longues années a prouvé toute l'importance du traitement à ce moment. Il faut donc dans les premiers mois, par exemple **dans le premier semestre qui suit le chancre ou toute réapparition d'accidents secondaires actifs**, employer les plus puissants et les moins dangereux des antisyphilitiques : *les sels solubles mercuriels par série de 20 piqûres chaque mois et arrêt de dix jours* en leur associant les arsenicaux, hectine, etc.

C'est à cette époque qu'il faudrait souhaiter pouvoir employer des arsenicaux puissants sans risquer de courir des dangers : Balzer fait dans ce but des séries de 4 à 6 injections hebdomadaires huileuses intra-musculaires de 0,30 à 0,60 de 914 ou de 1116 et 1151.

1. « On a voulu trouver dans les modifications de la réaction de W.-N.-B. un guide pour la thérapeutique antisyphilitique. En effet si la réaction positive indique la persistance de l'infection et la réaction négative l'extinction de la syphilis, il faut traiter les malades tant que la réaction est positive, et l'on peut arrêter le traitement si la réaction reste négative.

« Des statistiques accumulées ont montré les dangers de telles propositions : on ne doit pas s'appuyer sur les seules données de la réaction de W.-N.-B. pour conduire un traitement antisyphilitique à la période primaire et secondaire, il faut préférer le traitement systématique intermittent prolongé, car maintes fois des accidents apparaissent alors que la réaction est restée négative. Mais en période tertiaire, la réaction de W.-N.-B. est un symptôme précieux qui, avec l'étude clinique, permettra de mieux surveiller le syphilitique (Gougerot). »

III. — *Après ce traitement d'assaut du premier semestre*, **il faut continuer le traitement**, *pour parfaire les quatre ans de traitement classique*, mais dans ce traitement de sûreté, *il est impossible de donner une formule schématique commune à tous les malades*, **il faut graduer suivant chaque cas** :

Si le chancre a été grave, suivi d'éruption secondaire, si *l'éruption secondaire a été généralisée*, si la roséole s'est mélangée de papules, à plus forte raison si la roséole a été remplacée par une éruption papuleuse ou tubéreuse, si les plaques muqueuses ont été abondantes ou confluentes, *si les récidives se sont produites coup sur coup dès que le traitement était cessé*, s'il est survenu *une syphilide de mauvais pronostic : iritis, paralysie*, etc., il importe d'être très sévère dans ce traitement de sûreté; on posera en principe :

— dans le deuxième semestre, et la deuxième année, tous les mois dix jours de piqûres, dix jours de pilules ou de frictions, dix jours de repos.

— dans la troisième année[1], tous les mois dix jours de piqûres, cinq jours de pilules, quinze jours de repos, ou bien dix jours de pilules ou de frictions, cinq jours de repos, dix jours de pilules, etc...

— dans la quatrième année un mois de traitement sur deux. Ce mois de traitement comprendrait quinze jours de pilules ou dix jours de frictions comme ci-dessus, les cinquième et douzième mois seront avantageusement mêlés de piqûres.

1. Si la réaction de Wassermann reste négative, un an après la cure de 606 ou 914, qui a guéri le chancre, Milian tente une injection réactivante de 606 ou 914, il examine le sang en série, 2, 7, 14, 21 et 28 jours après l'injection et il traite le malade si la séro-réaction redevient positive.

Si au contraire le chancre n'a pas été suivi de roséole, si la roséole a été bénigne se bornant à quelques taches fugaces, si les accidents secondaires ultérieurs ont manqué ou se sont bornés à quelques plaques muqueuses, on peut se contenter du schéma classique facile à retenir :

— dans la première année (second semestre), chaque mois dix piqûres, dix jours de pilules, dix jours de repos ou deux séries de douze jours de pilules ou frictions séparées par un repos de quatre jours.

— dans la deuxième et la troisième année, un mois de traitement sur deux : pilules et deux fois par an une série de vingt piqûres.

— dans la quatrième année, un mois sur trois, pilules et deux fois par an une série de vingt piqûres.

Entre ces deux exemples extrêmes, peuvent s'échelonner tous les intermédiaires et c'est précisément l'œuvre du bon clinicien que de graduer le traitement suivant chaque cas.

IV. — Mais il est bien entendu que *ces traitements périodiques de quatre ans ne constituent qu'un minimum* à exiger dès le début de la syphilis, que la **surveillance périodique** *du malade au point de vue* **clinique** *et* **sérologique** *pourrait aggraver ou adoucir cette sévérité.*

Cette surveillance clinique et sérologique périodique est absolument nécessaire. A la rigueur on peut se passer des examens sérologiques dans les deux premières années, car on fait le maximum de traitement ; mais dans les deux dernières années, les séro-réactions sont indispensables afin de pouvoir adoucir ou renforcer le traitement et d'ailleurs, même au début, pourquoi se passer de ce signe excellent ?

— La surveillance *clinique* sera répétée tous les mois au moins dans le second semestre, tous les deux mois dans la seconde année, tous les trois mois dans les troisième et quatrième années, tous les six mois dans les années suivantes. *L'examen clinique devra être complet*, examiner *tout le tégument*, *toutes les muqueuses* (au spéculum), *tous les viscères* : aorte, rein (recherche de l'albumine), etc., et surtout le *système nerveux* (*réflexes achilléens*, *rotuliens*, *oculo-pupillaires*). Si une lésion cutanée ou muqueuse semble douteuse, on refait un Wassermann afin de différencier une érosion banale et une récidive syphilitique. S'il y a le moindre doute de lésion nerveuse commençante, on n'hésitera pas à pratiquer une *ponction lombaire* (v. p. 297).

Il va de soi que la constatation du moindre accident ferait reprendre le traitement suivant les règles énoncées ci-dessus, et que les examens devraient être plus rapprochés.

Les *examens sérologiques* seront plus ou moins espacés suivant qu'ils seront positifs, atténués ou négatifs, et il est indispensable, ainsi que nous le dirons au diagnostic (v. p. 443), de mesurer l'intensité de la réaction d'après l'échelle colorimétrique.

En principe après le traitement d'assaut du premier semestre, je fais un Wassermann; s'il est négatif, je le refais trois mois après; s'il est encore négatif, trois mois après (donc dans la première année de traitement je fais trois Wassermann aux 6e, 9e, 12e mois). Je conseille ensuite, dans les 2e et 3e années, deux wassermann par an; à la fin de la 4e année et des années suivantes, un seul Wassermann.

Si le Wassermann est encore positif ou atténué après

le traitement d'assaut des premiers six mois, je renforce ma thérapeutique, je continue les séries de piqûres par exemple pendant trois mois et je refais après un mois de repos un deuxième Wassermann et ainsi de suite jusqu'à obtention d'une réaction négative. Lorsque j'ai obtenu la réaction négative, je suis la même marche que ci-dessus : Wassermann tous les trois mois pendant un semestre, puis deux fois par an les 2e et 3e années, une fois par an les années suivantes, etc.

Si en cours de période négative, le Wassermann redevient positif atténué ou total, je reprends immédiatement le traitement, même si l'examen clinique ne décèle aucun symptôme.

Autrement dit : dès que survient une récidive clinique ou sérologique « *tout est à recommencer* ». S'il s'agit d'une récidive grave, on reprend un traitement de quatre ans avec surveillange de quatre ans. S'il s'agit d'une récidive bénigne, accident isolé ou réapparition de la séro-réaction, on recommence un traitement et une surveillance de deux ans. Je répète qu'au delà de ce délai, il ne faudra pas perdre de vue le malade : il devra revenir consulter à la découverte du moindre symptôme et, même en l'absence de tout symptôme, il viendra deux fois par an, se faire examiner cliniquement et une fois par an on pratiquera un Wassermann. Combien d'années doit durer cette surveillance, demandera-t-on? je répondrai hardiment toute la vie du syphilitique, car les récidives le menacent toute sa vie et ce n'est vraiment pas trop que de réclamer deux examens cliniques et un Wassermann chaque année.

Ces règles de traitement de la syphilis latente peuvent

paraître compliquées; elles sont au fond très simples. Je vais le montrer par quelques exemples pris parmi les plus fréquents.

Premier exemple : chancre vigoureusement traité, guérison rapide, pas d'accidents secondaires.

Pendant le premier semestre, chaque mois, vingt jours de piqûres, à la fin du 6e mois, un Wassermann, la séro-réaction est négative.

Pendant les 7e, 8e, 9e mois, chaque mois, 10 jours de piqûres, 10 jours de pilules, 10 jours de repos (ou à défaut 12 jours de pilules, 4 jours de repos, 12 jours de pilules, etc.). Un Wassermann à la fin du 9e mois : la séro-réaction est négative.

Pendant les 10e, 11e, 12e mois, pilules 20 jours chaque mois. Un Wassermann à la fin du 12e mois : la séro-réaction est négative.

Pendant la deuxième et troisième année, 1er, 3e, 5e, 7e, 9e, 11e mois, repos ; — 2e et 4e mois, pilules ; — 6e, piqûres ; — 8e, 10e mois, pilules ; — 12e mois piqûres. Deux Wassermann, l'un à la fin du 5e mois, l'autre à la fin du 11e mois.

Pendant la quatrième année, repos les 1er, 2e, 4e, 5e, 7e, 8e, 10, 11e, — pilules le 3e mois, piqûres le 6e, pilules le 9e mois, piqûres le 12e mois. Deux Wassermann le 5e mois, le 11e mois.

Les années suivantes, deux examens cliniques par an et un Wassermann.

Deuxième exemple : le chancre a été traité trop faiblement ou trop tardivement : la roséole est apparue avec des accidents secondaires généralisés sérieux. Le traitement sera plus sévère, on traite ces accidents secondaires qui disparaissent rapidement.

Pendant le premier semestre qui suit la disparition de ces accidents, on fera chaque mois vingt jours de piqûres

et association d'hectine, etc.; à la fin du 6e mois, un wassermann, la séro-réaction est encore faiblement positive.

Pendant les 7e, 8e, 9e mois, chaque mois vingt jours de piqûres, à la fin du 9e mois, deuxième Wassermann qui est négatif.

Pendant les 10e, 11e, 12e mois, chaque mois 10 jours de piqûres, 10 jours de pilules, 10 jours de repos, à la fin du 12e mois, troisième Wassermann, qui est négatif.

Pendant la deuxième et troisième année, 1er, 3e, 5e, 7e, 9e, 11e, repos; — 2e, 4e, 6e mois, 20 jours de piqûres, 10 jours de repos; —8e,10e mois, pilules; 12e mois, piqûres; — Wassermann à la fin du 5e mois et du 11e mois.

Pendant la 4e année, repos les 1er, 2e, 4e, 5e, 7e, 8e, 10e, 11e mois; — pilules le 3e mois, piqûres le 6e mois, pilules le 9e mois, piqûres le 12e mois, Wassermann le 5e et le 11e mois.

Pendant les 5e, 6e, années, deux mois de traitement chaque semestre (piqûres) et un Wassermann par an.

Les années suivantes deux examens cliniques et un Wassermann.

Troisième exemple : au cours d'une syphilis analogue au cas de l'exemple n° 2, survient vers la fin de la première année une éruption papuleuse généralisée et au cours de la 2e année des plaques muqueuses récidivantes confluentes. On fait tout le traitement de 5 ans de l'exemple n° 2, en datant le début de ces quatre ans à partir de la fin des derniers accidents muqueux, le malade ne finira donc son traitement que 7 ans après le chancre.

Quatrième exemple : au cours d'une syphilis analogue au cas de l'exemple n° 1 surviennent au début de la deuxième année des accidents isolés et bénins, quelques plaques muqueuses des lèvres, on recommence à partir de ce moment un traitement de 4 ans, analogue à celui de l'exemple n° 1.

Etc.

On voit qu'il est facile suivant l'intensité, la répétition des récidives, la gravité des accidents, de graduer les séries de cures [1].

1. Une cure hydrominérale sera souvent un heureux prétexte de traitement. Suivant le tempérament du malade on recommandera des eaux sulfurées fortes : Luchon, Cauterets, Ax, Challes, Uriage, etc., ou des eaux sulfurées faibles : Aix-les-Bains, Saint-Honoré, Saint-Gervais, Vichy. Cette dernière station a en outre l'avantage de constituer « un alibi » pour le malade suivant l'expression de Gaucher et elle convient particulièrement aux syphilitiques qui ont des troubles hépatiques et du ralentissement de la nutrition. En effet Gaucher avec ses élèves Crouzon, Paris, etc., a montré, la fréquence de ces troubles en période secondaire. Ils sont révélés par l'étude des échanges urinaires et la constation de la glycosurie alimentaire.

CHAPITRE XI

SYPHILIS TERTIAIRE

Les périodes tardives de la syphilis. Arbitraire de la délimitation entre la syphilis secondaire et tertiaire : apparition de plaques muqueuses tardives et de roséole de retour, de longues années après le chancre, p. 218.
Evolution irrégulière : Périodes de latence et récidives échappant à toute précision, p. 218.
Petit nombre habituel des accidents.
Classification des accidents tertiaires, p. 219 : — 1° gommes sous-cutanées et sous-muqueuses, p. 222 ; — 2° gommes dermiques cutanées et muqueuses, p. 232 ; 3° — gommes viscérales (v. chap. XIV, p. 252 ; — 4° infiltrats et scléroses consécutives de la langue (v. p. 414), des viscères (v. p. 258), etc. ; — 5° lésions des parenchymes localisées ou diffuses : foie, rein, etc. (v. p. 258) ; — 6° accidents bénins superficiels : plaques muqueuses et roséoles de retour, papules..., identiques à celles de la période secondaire (v. p. 186), érythème circiné tertiaire, p. 241.
Tous les tissus peuvent être atteints. Siège de prédilection : système nerveux. Polymorphisme clinique, p. 220.
Gravité des périodes tardives de la syphilis, syphilis tertiaires mortelles, p. 221 ; syphilis et parasyphilis nerveuses (v. p. 291).
Syphilis et cancer (v. p. 332).
La menace de ces accidents persiste toute la vie du syphilitique, d'où la nécessité d'une surveillance périodique pendant toute la vie, p. 221.

Les accidents secondaires ont disparu ; plusieurs mois, des années se passent ; le malade reste guéri et l'infection a d'autant plus de chance de rester latente que le

traitement de début a été plus intense et plus prolongé (v. p. 209 [1]) ; ou bien des accidents nouveaux apparaissent le plus souvent destructeurs et peu nombreux, donc d'un type différent des accidents secondaires qui, on s'en souvient, sont superficiels, nombreux, disséminés : ce sont les accidents tertiaires qui caractérisent la période tertiaire de la syphilis.

La délimitation entre ces deux *périodes* secondaire et tertiaire que l'on place tantôt à 2 ans, tantôt à 3 ans après le chancre, est conventionnelle et avec Gaucher il vaut mieux parler *d'accidents* que de périodes secondaire ou tertiaire. En effet, des *plaques muqueuses tardives*, une roséole de retour, c'est-à-dire les lésions types de la période secondaire, peuvent s'observer dix, vingt ans après le chancre, donc en pleine période tertiaire. Inversement des syphilides tubéreuses en nappe qu'il est classique de décrire à la période tertiaire, ou même des gommes destructrices du nez, etc., peuvent apparaître dans les premiers mois de la syphilis en période secondaire. Aussi, pour se tirer d'embarras les anciens avaient-ils créé l'adjectif de secondo-tertiaire qui désigne les types de transition.

L'évolution de cette syphilis tertiaire est irrégulière et échappe à toute prévision : les retours offensifs surviennent *sans prodromes cliniques*, en pleine santé appa-

1. Perls collationnant la statistique de la clinique de Breslau de 1901 à 1907 trouve sur 6 203 syphilititiques, 605 cas de tertiarisme. Or, sur ces 605 malades, 60 p. 100 ne s'étaient pas soignés, 17 p. 100 s'étaient bornés à une seule cure et 21 p. 100 à « une médication exclusivement limitée aux symptômes... La syphilis tertiaire n'avait atteint que 1 p. 100 des malades soumis au traitement chronique et intermittent de Fournier ». Ce chiffre de 1 p. 100 est suffisamment éloquent et rassurant.

rente, ou à l'occasion d'une débilitation de l'organisme, d'un traumatisme, etc... (heureusement une *réapparition de la réaction de Wassermann permet souvent de dépister la menace* de récidive et de la traiter avant qu'elle ait eu le temps de se manifester. Les périodes de repos sont de durée indéterminée : tel malade n'aura qu'une récidive tertiaire, tel autre en aura plusieurs.

La *syphilis tertiaire est pauvre en manifestations.* Chaque récidive tertiaire à l'inverse des poussées secondaires ne comprend qu'un seul accident dans 91 p. 100 des cas (d'après Fournier) et si un même malade présente plusieurs accidents au même examen, c'est que le plus souvent des accidents anciens (glossite scléreuse, leucoplasie, exostoses, tabes) persistent quand d'autres surviennent : gommes, etc.

Le type de l'accident tertiaire est la gomme circonscrite[1] ou diffuse (infiltrat gommeux) aux lésions qui en résultent : ulcération, sclérose, etc.

Les accidents tertiaires comprennent : — 1° les *gommes* sous-cutanées, sous-muqueuses (chap. XII, p. 222) ; — 2° les gommes dermiques cutanées et muqueuses (p. 232) ; — 3° les gommes viscérales ; — 4° les *infiltrats* et *scléroses* consécutives ; — 5° les *lésions des parenchymes*, localisées ou diffuses : néphrite, myélite, etc. (v. chap. XIII et XIV, p. 233 et 241). Ce sont donc avant tout des lésions désorganisatrices, de pronostic grave ; — 6° mais on peut voir des *accidents bénins* : des syphilides cutanées du type

1. Il est bien difficile de donner une définition courte et univoque de la gomme syphilitique : on peut dire *grosso modo* que la gomme débutante est un gros nodule ou un agglomérat de nodules syphilitiques, qu'adulte elle est essentiellement caractérisée par le bourbillon ou masse nécrosée des tissus.

secondaire, des plaques muqueuses, des roséoles de retour, etc. (qui nous sont déjà connus, v. p. 174, 177), l'*érythème circiné tertiaire* (p. 230), etc.

Tous les tissus peuvent être lésés : peau, muqueuses, viscères, œil, etc. Toutefois la syphilis tertiaire frappe avec *prédilection le système nerveux, le derme cutané, les muqueuses*, etc. Si l'on prend la célèbre statistique de Fournier portant sur 4 400 malades atteints de 5 762 localisations tertiaires, on compte 1851 localisations nerveuses, dont 758 localisations cérébrales, 628 tabes, 136 syphilis médullaires, 110 paralysies oculaires, 86 paralysies générales, 1 418 localisations cutanées et 202 gommes sous-cutanées (la peau comprend donc 1 620 lésions), 915 localisations sur les muqueuses bucco-pharyngées et génitales, etc. L'ectoderme (car le système nerveux dérive de l'ectoderme) totalise 4 386 sur 5 762 localisations! On a donc pu dire que la syphilis était une infection ectodermique. La localisation mésodermique la plus fréquente est l'ostéite (748 cas).

La syphilis tertiaire peut produire la *plupart des affections viscérales* : artériosclérose, néphrite, cirrhose, elle peut tout simuler (v. chap. XIV, p. 253). C'est assez dire quel est son *polymorphisme clinique*.

C'est encore plusieurs années après le chancre qu'apparaissent les plus terribles des syphilides, les accidents dits *parasyphilitiques* ou quaternaires : tabes, paralysie générale (v. chap. XV, p. 291), dégénérescence cancéreuse des leucoplasies, etc. On ne saurait trop rappeler que le syphilitique est particulièrement prédisposé au cancer, car il en résulte un traitement prophylactique de la plus grande importance pratique (chap. XVII, p. 332).

Cette période tardive est donc *la plus redoutable de la*

syphilis : par ses accidents cutanés ou muqueux mutilants, par ses localisations viscérales tertiaires nerveuses, aortiques, laryngées, enfin par les *complications parasyphilitiques : tabes, paralysie générale, cancer*, etc. La *mortalité* par syphilis tertiaire est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit (Landouzy), car c'est la syphilis qui a créé telle néphrite, aortite, anévrisme qui tue le malade.

Si l'on se souvient que la menace de tels accidents persiste 20, 30, 40 ans après le chancre, il apparaît de nécessité absolue de surveiller le syphilitique toute sa vie, pour tenter de prévenir et d'enrayer ces accidents.

CHAPITRE XII

LÉSIONS CUTANÉO-MUQUEUSES TERTIAIRES

Gommes sous-cutanées et sous-muqueuses, p. 222. Évolution en quatre stades, p. 223. Complications, p. 225. *Diagnostic* avec la sporotrichose, les abcès chauds (furoncle, ecthyma), l'ulcère variqueux, la tuberculose, les cancers, etc., p. 227. Traitement, p. 230.

2° **Gommes dermiques cutanées et muqueuses**, p. 232. Variétés cliniques : Syphilides tubéreuses (ou tuberculeuses), S. tubéro-ulcéreuses, tubéro-crustacées, etc., p. 232. — *Diagnostic* avec le lupus, p. 236, avec les pyodermites (acné nécrotique, p. 238), avec les iodurides et les bromides, p. 239. Traitement, p. 230.

3° **Syphilides superficielles bénignes : plaques muqueuses tardives** (danger de contagion), etc., p. 241. **Erythème circiné tertiaire**, p. 241.

I. — Gommes sous-cutanées et sous-muqueuses (Planches **31-32-39-40-41**, p. 414 à 417).

Les gommes syphilitiques sous-cutanées ou sous-muqueuses atteignent leur maximum de fréquence de la troisième à la sixième année de la syphilis, mais Fournier en a vu jusqu'à 55 ans après le chancre.

Elles peuvent se rencontrer sur tous les points du tégument cutanéo-muqueux. Par ordre de fréquence, elles atteignent le *voile du palais*, la *langue*, la *peau*, etc. Elles

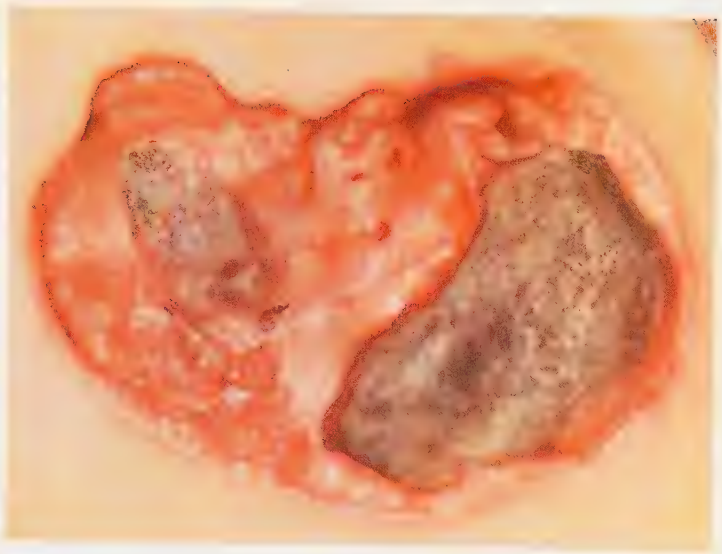


FIG. 1. — **Gomme syphilitique sous-cutanée ulcérée**

Large ulcération à bords curvilignes,à pic,adhérents et infiltrés. Une partie de l'ulcère est encore comblée par la masse gris jaunâtre du bourbillon. Le reste du fond de l'ulcération est irrégulier, bourgeonnant, rouge ou tapissé de débris de bourbillon,et d'enduit jaune bourbillonneux et purulent.

FIG. 2. — **Gommes syphilitiques cutanées ulcérées**

L'une des deux lésions est recouverte d'une croûte brun noirâtre épaisse, stratifiée à stries concentriques et très adhérente, une auréole rouge la déborde (rupia).

L'autre lésion est à nu : sa forme arrondie,tracée au compas,ses bords rosés à pic adhérents et infiltrés, son fond lisse bourbillonneux jaunâtre sont caractéristiques de l'ulcère gommeux.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 222). *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. DELBRUEL PARIS

frappent plus souvent le voile du palais que tout le reste du tégument cutané. Sur le tégument cutané, les membres inférieurs sont atteints dans 42 p. 100 des cas et les jambes à elles seules dans 27 p. 100.

Symptomatologie. Un malade ne présente, sauf exception, qu'une gomme sous-muqueuse ou sous-cutanée.

La gomme évolue en quatre stades :

1° *Stade de formation* (*gomme crue*). — La gomme commence par un nodule profond ; un hasard seul en révèle la présence : c'est un nodule petit ou gros, ovoïde et régulier (« gangliforme »), ferme et solide, distinct de la peau et des plans profonds, aphlegmasique et indolent.

Il s'accroit lentement ou rapidement, peu ou beaucoup. parfois jusqu'à atteindre et dépasser le volume d'un œuf,

2° *Stade de ramollissement.* — La gomme devient rénitente au centre ; d'indolore et d'aphlegmasique qu'elle était, elle devient douloureuse et phlegmasique, simulant parfois même un phlegmon (molimen inflammatoire des anciens) : la peau devient rosée, puis rouge, et même rouge sombre ou rouge livide au point le plus saillant ; la gomme adhère à la peau et aux plans profonds, elle s'enveloppe d'un empâtement œdémateux qui l'immobilise, son centre est fluctuant.

Pourtant si, sur la foi de cette sensation, on fait une ponction avec une grosse aiguille, on est étonné de ne retirer qu'une faible quantité de liquide jaune ambré, visqueux « gommeux », transparent, parfois louche, rarement roussâtre, purulent et grumeleux ; par exemple dans une gomme de l'épaule grosse comme une tête d'enfant que l'on avait diagnostiqué sarcome, je ne pus retirer que 40 centimètres cubes de sérosité alors qu'un abcès de cette taille aurait facilement donné à la ponction 1 litre de liquide. La ponction ne vide pas la gomme, il reste une masse « fluctuante », que l'on ne peut évacuer, formée par

le bourbillon et souvent dans la lumière de l'aiguille on trouve des filaments jaunâtres effilochés, débris de bourbillon. *Ces signes de ponction* sont d'importance capitale pour le diagnostic.

Bientôt la peau s'amincit, l'épiderme laisse transparaître la masse jaune du bourbillon, il se crevasse (rupture de la gomme) et peu à peu l'ulcération s'agrandit.

3° *Stade d'ulcération. Ulcère gommeux.* (Planches **31**, **32**). — En s'ulcérant la gomme syphilitique ne s'affaisse qu'incomplètement, c'est qu'en effet elle ne contenait que peu de liquide, le bourbillon reste attaché. A ce moment, la gomme est caractéristique.

L'ulcération arrondie, dont les bords sont à pic, laisse voir la masse du bourbillon. Ce bourbillon est jaunâtre ou même verdâtre comparable à une boulette d'ouate imbibée de pus qu'on aurait tamponnée et oubliée dans la plaie; il est insensible au pincement, il est ferme, résiste aux mors de la pince qui cherche à l'extraire et s'effiloche en lambeaux. Tant que le bourbillon reste dans l'ulcère gommeux, il entretient une suppuration.

Plus ou moins rapidement, le bourbillon se détache et il reste *l'ulcère gommeux.*

L'ulcère gommeux est circulaire ou polycyclique par fusionnement d'ulcérations contiguës; ses dimensions oscillent entre 2 et 30 centimètres; ses contours sont orbiculaires « tracés au compas ». Les bords sont rouge foncé, souvent rouge brun vineux, ils sont verticaux ou surplombant, « *à pic* », « entaillés au bistouri », « en falaise » et adhérents. L'ulcération est profonde de 4, 5, 10 millimètres, souvent davantage. Le fond est au début tantôt lisse, tantôt anfractueux, recouvert d'un enduit jaunâtre bourbillonneux; puis le débris de bourbillon s'éliminant, l'ulcération est inégale, bourgeonnante par place, tapissées de-ci de-là de taches jaunes de bourbillon. Le suintement est rarement abondant.

PLANCHE 32

Syphilides gommeuses « en nappe » ou agglomérées, sous-cutanées.

Chaque gomme conserve ses caractères typiques et forme par confluence des ulcérations polycycliques à bords rouges violacés, tracés au compas, abrupts, à fond bourgeonnant rouge ou recouvert d'enduit tourbillonneux.

Gougerot, *Syphilis*, p. 224. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

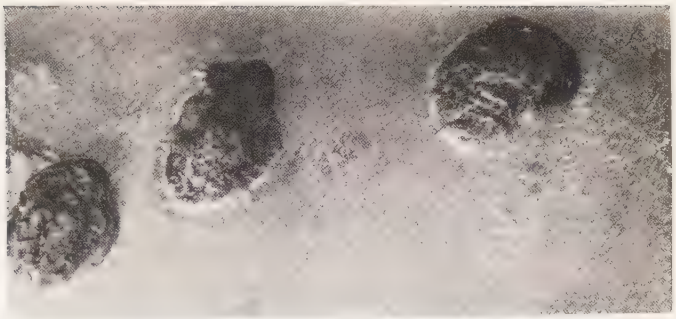


FIG. 1. — **Syphilides dermiques gommeuses, ulcéro-croûteuses, rupioïdes : rupia syphilitique**

Larges éléments arrondis de 1 à 4 et 6 centimètres de diamètre, recouverts d'une croûte très épaisse à stries concentriques (en écaille d'huître) jaune brun sale, et entourés d'une collerette squameuse. Sous ces croûtes, difficiles à arracher, on découvrait une ulcération gommeuse du derme.

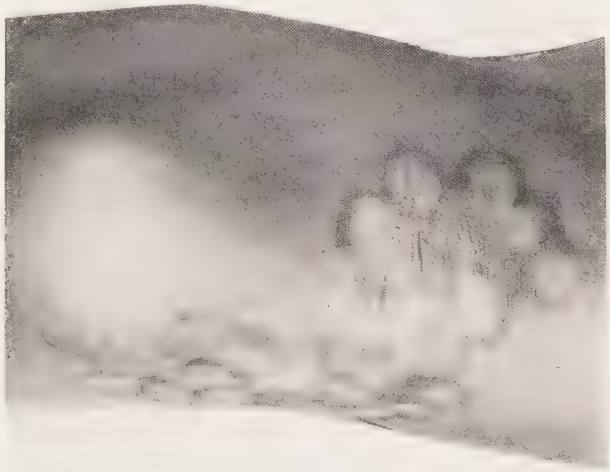


FIG. 2. — **Cicatrices syphilides tertiaires**

Caractéristiques par leur forme arrondie, leurs bords tracés au compas et pigmentés, leur agglomération qui dessine des figures polycycliques, leur fond décoloré in pelure d'oignon, sans induration.

Gougerot, *Syphilis*, p. 225[3]. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

Exceptionnellement l'ulcère a tendance à progresser (ulcère gommeux serpigineux). Le plus souvent, même en l'absence de tout traitement, la régression se produit.

4° *Stade de réparation.* — Spontanément, ou sous l'influence du traitement, l'ulcération finit par se déterger, elle bourgeonne, l'infiltrat se résorbe et les bords s'affaissent. Le fond s'élevant, les bords s'abaissant, l'ulcération se comble, l'épiderme prolifère et recouvre l'ulcération, donnant une cicatrice très spéciale.

La cicatrice gommeuse, d'abord rouge-violacé, se pigmente puis lentement se décolore (Planche **33**); les bords restent longtemps pigmentés, surtout aux membres inférieurs; au bout de plusieurs mois on voit une cicatrice blanche ou blanc violacé « pelure d'oignon » à peu près de la grandeur de l'ulcération et de même forme qu'elle, c'est-à-dire arrondie ou polycyclique à bords curvilignes tracés au compas et auréolés de brun; cette cicatrice est plus ou moins déprimée, lisse, fine, souple (exceptionnellement chéloïdienne), indélébile.

Évolution. — La durée totale de l'évolution de la gomme est en moyenne de 3 à 4 mois; elle peut n'être que de quelques jours (« gomme aiguë », « gomme maligne ») aboutissant en 15 à 20 jours à l'ulcération; elle peut au contraire se prolonger plusieurs mois et même deux, trois ans : Renon et Charrier ont observé une gomme qui resta au premier stade pendant trois ans.

Le syphilitique ne présente d'ordinaire qu'*une* gomme à la fois : la multiplicité des gommes au même moment ou leur apparition successive témoignent d'une syphilis grave.

La guérison est le plus souvent définitive, pourtant il peut rester des colonies de tréponèmes et on a vu, soit au centre, soit au bord de la cicatrice, survenir des reviviscences gommeuses *in situ*, deux à dix ans après la première gomme.

Complications. — La gomme sous-muqueuse ou sous-cutanée

est bénigne, sauf certaines complications dues à sa localisation ou à son extension.

La gomme du nez, des paupières, ronge, détruit et défigure, elle envahit souvent les os propres, la cloison et effondre le nez.

La gomme du voile du palais perfore ou déchiquète laissant le plus souvent une perte de substance qu'une autoplastie seule pourra combler.

La gomme inguinale (et toute gomme proche d'une artère) peut ulcérer les vaisseaux, donner une hémorragie grave, parfois mortelle (Verneuil).

La gomme périanale décolle, creuse, fistulise, disséque le rectum, etc.

La gomme du creux axillaire peut comprimer la veine axillaire, produire de l'œdème cyanotique du bras prêtant à des erreurs de diagnostic.

Les gommes situées près des nerfs peuvent les irriter déterminant des névralgies et même des paralysies, etc.

Il est rare aujourd'hui que la gomme se complique d'infection : lymphangite et érysipèle, phlegmon, gangrène, phagédénisme pseudo-membraneux.

Formes. — Les auteurs ont multiplié les formes cliniques des gommes. Ils ont décrit :

— suivant le nombre : des gommes uniques, doubles, multiples et disséminées, de mauvais pronostic, — des gommes multiples et conglomérées (gommes en bouquet) sans gravité particulière. Les gommes agglomérées peuvent être à des stades différents d'évolution, d'où l'aspect bosselé et ulcéré de « gomme en écumoir ».

— suivant le volume : des gommes petites pisiformes, des gommes géantes atteignant et dépassant 20 centimètres, plus ou moins diffuses envahissant tout un segment de membre, simulant le cancer au stade d'induration, un phlegmon au stade de ramollissement.

— suivant la configuration : des gommes limitées, des

gommes diffuses en galette, etc., des gommes scléreuses, etc.

Diagnostic. — Le diagnostic de gomme syphilitique peut prêter à de nombreuses erreurs. Il s'appuie : sur les antécédents syphilitiques du malade ; — sur la notion de syphilis familiale (fausses-couches, popyléthalité, enfants hérédo-syphilitiques, v. p. 355) ; — sur la constatation d'accidents concomitants : ulcérations muqueuses, exostoses, leucoplasies, cicatrices, signe d'Argyll-Robertson ; — enfin sur la réaction de Wassermann et sur les résultats d'un traitement d'épreuve qui ne comprendra pas d'iodure si l'on craint un cancer.

Voici les principales erreurs qui ont été signalées :

Sporotrichose. — Les gommes sporotrichosiques sont *plus nombreuses*, dépassant le plus souvent cinq et dix, chiffres que n'atteignent que rarement les gommes sous-cutanées syphilitiques. Elles ne se localisent pas avec prédilection aux membres inférieurs. — *L'accroissement est rapide, aboutit au ramollissement (ramollissement central et cupuliforme) et à la suppuration en 6 à 8 semaines, sans provoquer* d'ordinaire *de molimen inflammatoire* et sans douleurs vives. — La gomme sporotrichosique abcédée peut s'*immobiliser* sans ulcérer la peau — *la ponction vide complètement l'abcès, il n'y a pas de bourbillon.* — Le contenu est de la *sérosité fluide* citrine ou du séro-pus ou du pus visqueux verdâtre. La gomme, en s'accroissant, dépasse rarement le volume d'une noix ou d'un œuf — même incisée la gomme peut se fermer et *l'abcès se reforme* au-dessous.

Si l'ulcération se produit, l'ulcération sporotrichosique est plus petite, à bords *déchiquetés, décollés* et non curvilignes, violacés, blafards, souvent mêlés de brun pigmenté ; il s'agit

plus souvent d'une *fistule* que d'une large ulcération. Souvent deux fistulettes sont séparées par un mince pont de peau violacée. Les ulcérations sont *polymorphes*, les unes syphiloïdes, les autres tuberculoïdes, d'autres ecthymatiformes. Leur fond n'est pas recouvert de bourbillon. Souvent autour d'elles l'épiderme s'auto-inocule donnant des vésicules, pustules, folliculites, ulcérations dermiques, verrucomes.

La gomme sporotrichosique réagit à l'iodure, mais non au mercure, elle récidive presque constamment si on cesse trop tôt l'iodure.

La culture à froid sur gélose glycosée peptonée, si facile et si rapide à faire (v. p. 463), trancherait la moindre hésitation.

Abcès chauds. (Adénophlegmon, furoncle, ecthyma, etc.). — L'évolution est plus rapide, n'a pas été précédée d'un stade de gomme crue. L'abcès est plus diffus, plus douloureux, il s'accompagne de fièvre, de douleur pulsatile lancinante, etc., d'adénite. Il contient du pus et non du bourbillon (sauf dans le cas de furoncle); la fistule ou l'incision ne prend pas les caractères de l'ulcère gommeux. La sédation et la séparation sont plus rapides après évacuation du pus.

Ulcères variqueux. — Les gommes syphilitiques hypodermiques (et *dermiques*) peuvent donner des ulcérations qui sur des jambes variqueuses ressemblent aux ulcères variqueux consécutifs à l'ecthyma staphylococcique. Le diagnostic est d'autant plus difficile que l'ulcère variqueux n'est que l'aboutissant de processus très différents au début : ecthyma, syphilides, tuberculose, sporotrichose, lèpre, etc.; l'ulcère variqueux est en effet l'aspect que prennent sur une jambe variqueuse mal nourrie tous les processus ulcéreux.

Le diagnostic de l'origine syphilitique n'est donc possible cliniquement que s'il persiste encore des caractères de syphilis : localisation indifférente sans prédilection pour le tiers inférieur et la face interne du tibia, multiplicité habituelle les lésions, *configuration polycyclique* résultant de la *confluence de plusieurs ulcérations* gommeuses, *bords curvili-*

gnestracés au compas, bords nettement *entaillés* à pic et non relevés en bourrelet.

Si l'ulcération gommeuse spécifique est devenue l'ulcère trophique, le diagnostic ne peut être tenté que par la notion d'antécédents et la constatation de stigmates.

Devant l'ulcère variqueux même le plus caractéristique, on doit donc toujours penser à la syphilis, faire la réaction de Wassermann qui réserve plus d'une suprise et à défaut appliquer le traitement d'épreuve ioduré et mercuriel.

Tuberculose. — Les gommes et abcès tuberculeux sous-cutanés ou sous-muqueux sont rarement primitifs, presque toujours ils sont secondaires à une adénite cervicale ou inguinale, à une ostéite costale, coxo-fémorale, vertébrale ; ils ont donc des sièges de prédilection.

Leur évolution est froide, très lente, la ponction ramène du séropus ou du pus grumeleux ; il n'y a pas de bourbillon mais la ponction peut être blanche comme dans la syphilis, car les forgosités donnent comme le bourbillon la sensation de fausse fluctuation.

L'ulcération tuberculeuse est le plus souvent étroite, fistuleuse, violacée, atone, à bords déchiquetés (non curvilignes), décollés et non infiltrés, sans bourbillon.

Le mercure et l'iodure restent sans effet.

Cancers. — Les cancers surviennent chez des malades plus âgés ; le cancer est unique, sauf à l'épiderme ; il est plus volumineux, plus infiltrant, plus mamelonné, plus bosselé et marronné ; il adhère précocement à la peau (peau d'orange) et aux plans profonds, sans déterminer de processus phlegmasique ou rougir l'épiderme. Il n'évolue pas en quatre stades comme la gomme, les ulcérations n'ont rien de régulier, les bords sont *éversés*, *infiltrés*, *durs*, *en rempart*, le fond est *bourgeonnant*, *saillant*, *saignottant* au moindre contact ; le suintement est un *ichor fétide* ; les ganglions qui manquent dans la gomme syphilitique sauf infec-

tion secondaire, sont petits, durs. L'état général est rapidement atteint.

Des erreurs ayant été commises par les plus avertis, le plus prudent est, sauf urgence absolue, de tenter un traitement d'épreuve mercuriel et arsenical de 20 jours avant l'opération.

Plus rarement on a pu commettre des erreurs avec les fibro-lipomes, lipomes, adénomes, fibromes, sarcoïdes, kystes sébacés, etc., qui sont indéfiniment chroniques et résistent au traitement. Le plus souvent l'erreur est faite parce qu'on ne pense pas à la syphilis. Au contraire quand ces lésions, par exemple un kyste sébacé, suppurent et s'ulcèrent on a pu croire, à tort, à une gomme syphilitique. L'interrogatoire suffira d'ordinaire à lever les doutes.

On a pu confondre encore des *gommes diffuses* avec des cancers et même avec une actinomycose ; mais l'actinomycose a des sièges d'élection (cervico-facial) ; son évolutionest plus lente ; l'infiltrat est plus dur, plus ligneux ; des bosselures se forment qui se fistulisent laissant sourdre du séropus contenant des *grains jaunes* ; il n'y a pas comme dans la syphilis de larges ulcérations à bords curvilignes tracés au compas et à fond bourbillonneux.

Le traitement mercuriel d'épreuve est « la pierre de touche » de tous les cas difficiles.

Traitement des gommes sous-cutanées et sous-muqueuses

— Le traitement général est très simple : dès que le diagnostic est posé, le traitement mercuriel et surtout ioduré doit être institué.

Les séries de 15 à 20 piqûres de préparation solubles mercurielles font merveille, mais, à cette période, les frictions les suppléent très bien : on fera des séries de 8 à 12 frictions séparées par des intervalles de quatre jours

et on poursuivra les cures mercurielles plusieurs semaines après la cicatrisation.

L'iodure de potassium, sauf contre-indication, est donné à doses fractionnées et diluées en partant de 2 grammes pour atteindre si possible 4 grammes par jour ; l'iodure seul peut suffire à guérir la gomme, donc, si l'on est forcé par la stomatite d'interrompre le mercure, on continue l'iodure.

L'hectine, le salicylarsinate de mercure seront des adjuvants utiles lorsque le processus ulcéreux est marqué ou que la cicatrisation se ralentit.

Le 606, le 914, etc., seront réservés aux cas rebelles au traitement mercuriel et ioduré (v. p. 88).

— Le *traitement local* mérite quelques détails :

Il faut éviter d'inciser une gomme en la prenant pour un abcès, ou de l'extirper comme tumeur néoplasique, ou de l'attaquer par les caustiques en croyant à une tuberculose ou à un épithélioma.

Lors du ramollissement, des pansements humides calmeront la douleur et la poussée inflammatoire.

Si la gomme est profonde, recouverte d'une peau intacte, il faut ne rien tenter localement ; car, sauf exception, l'iodure suffira à résorber les plus gros bourbillons. Parfois, pourtant (j'en ai vu un cas), il faut, la résorption s'arrêtant, pratiquer une boutonnière de 1 à 2 centimètres sous anesthésie stovaïnique et avec une pince extirper la masse nécrosée du bourbillon en la fragmentant. Cette petite opération est presque indolente, car le bourbillon est du tissu mort. On finit par un lavage à l'eau iodée et on applique un pansement aseptique compressif.

Si l'ulcération est près de se former, si l'épiderme

aminci va se rompre, on gagne du temps à perforer cet épiderme avec la pince et à extirper le bourbillon en un ou plusieurs jours.

La gomme ulcérée sera débarrassée des débris de bourbillons, lavée à l'eau iodée, pansée avec des compresses sèches ou avec de la pommade au calomel au 1/30 ou avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo imbriquées et entrecroisées (pansement à la Chassaignac).

Sauf quelques rares exceptions, il ne faut « pas de chirurgie pour les gommes ».

S'il y a des décollements, clapiers, fistules et par suite infection secondaire, le chirurgien doit débrider, drainer, désinfecter à la teinture d'iode, laver, recoller.

S'il y a des troubles graves et urgents de compressions vasculaires avec menace de gangrène ou d'hémorragie, le chirurgien doit être appelé à l'aide pour décomprimer ou lier le vaisseau.

Enfin le chirurgien pourra être appelé à réparer les dégâts une fois que le processus ulcéreux est guéri : occlusion d'une perforation du voile du palais, autoplastie, etc.

Le traitement général sera continué un mois au moins après la guérison clinique complète ou mieux jusqu'à disparition de la réaction de Wassermann (v. p. 329).

***

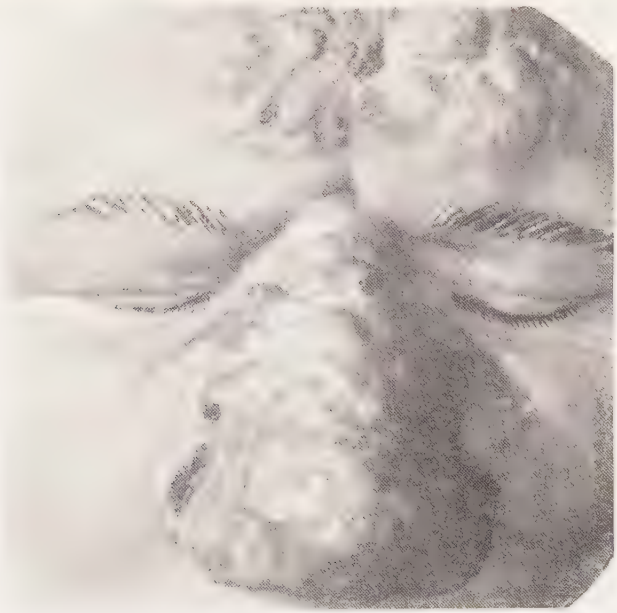
II. — Syphilides dermiques cutanées et muqueuses, tertiaires.

Syphilides tubéreuses, *S. tubéro-ulcéreuses*, *S. tubéro-crustacées* (*gommules syphilitiques dermiques*).

Ces syphilides dont le maximum de fréquence est vers

PLANCHE 34

Syphilide tuberculeuse ou mieux tubéreuse en nappe de la face et du nez



Eléments confluents rouge-sombre violacés. De nombreux groupes existaient sur le corps quelques-uns tendent à devenir squameux.

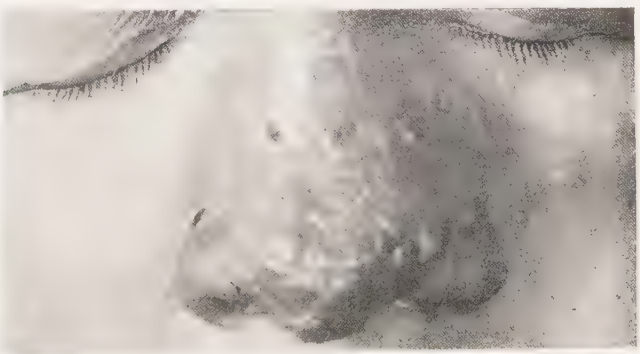
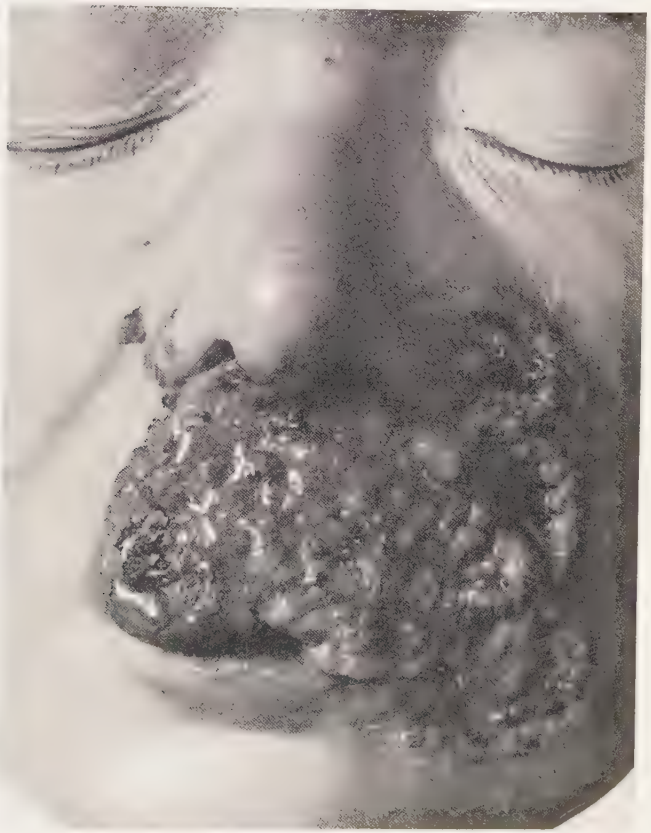


Fig. 2. — Alors que sur le malade précédent les tubercules, quoique confluents, étaient faciles à distinguer les uns des autres, sur ce malade l'infiltrat est diffus à bords peu nets; cet infiltrat aphlegmasique froid rouge cuivré est parsemé de rares éléments ulcéro-croûteux typiques qui commencent même à entamer la narine gauche.

PLANCHE 35

Syphilide tubéreuse en nappe, diffuse, ulcéreuse : Syphilome diffus ulcéreux dermique



Les bords curvilignes nets ou polycycliques, à pic, cuivrés, adhérents, le fond rose ou jaune bourbillonneux, l'aspect en saillie, l'infiltrat diffus aphlegmasique, la rapidité d'évolution sont caractéristiques.

Gougerot, *Syphilis*, p. 2323. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

la troisième année de la syphilis, peuvent envahir n'importe quel point du tégument cutané et des muqueuses : langue, voûte palatine, muqueuses génitales, etc.

La lésion élémentaire, grosse papule ou « tubercule syphilitique » déjà décrits dans les éruptions secondaires (v. p. 329), a des modes divers de groupement.

1° Tantôt les nodules sont disséminés, épars, isolés les uns des autres, sans régularité. Une ou plusieurs régions peuvent être atteintes. Habituellement les éléments sont moins nombreux qu'en période secondaire et la surface tégumentaire envahie est peu étendue : par exemple on compte quelques éléments à la figure et un paquet sur l'avant-bras. C'est la *syphilide tertiaire tubéreuse éparse.*

2° Tantôt les nodules se groupent et dessinent des figurations variables :

— Agmination irrégulière « amorphe, en coup de plomb » (*S. tubéreuses agminées*) « en grappe » (*syphilides racémiformes*). (Planche **34**, fig. 1, p. 232.)

— Agmination régulière formant des arceaux, des arcs de cercles, isolés ou réunis (*S. arciformes* en collier de perles) (Planches **38-39**), dessinant parfois des courbes centrifuges emboîtées les unes dans les autres (*syphilides* en cocarde), des courbes sinu soïdes (*syphilides en S.*), (Planche **37**), etc.

— Agmination en cercles (*syphilides orbiculaires*), qui, par la réunion de plusieurs cercles forment des *syphilides circinées* (Planche **36**, p. 234). Le centre est tantôt nu, tantôt criblé de papules isolées, etc.

Les sièges d'élection de ces syphilides agminées sont, par ordre de fréquence, le visage (ailes du nez, etc.), le front en bordure du cuir chevelu (couronne de Vénus « tertiaire »), les surfaces palmo-plantaires, les jambes, la nuque, la face postérieure des avant-bras, le dos (région scapulaire), les lombes, etc.

3° Tantôt les nodules confluent en nappe (*S. tubéreuses en nappe*) de 3 à 10 centimètres et plus, envahissant parfois tout le dos, tout un segment de membre ; les bords en sont diffusoire (Planche **34**, fig. 2) plus ou moins circinés ; l'épiderme peut rester intact (Planche **36**), au contraire certains nodules peuvent évoluer vers la pustulation, l'ulcération (Planche **35**, p. 232), etc. Le centre peut se résorber alors que la périphérie progresse (v. p. 188). Les sièges d'élection sont les paumes et plantes (variété psoriasiforme, v. p. 413), le visage, le cuir chevelu, les oreilles, la nuque, le tronc, les membres.

Quel que soit le mode de groupement, la lésion élémentaire reste la même : c'est le tubercule syphilitique. Ce tubercule tantôt reste papuleux, tantôt devient pustuleux, s'ulcère, s'incrute, d'où deux variétés : *S. tubéreuse* et *tubéro-ulcéreuse* (ou *tubéro-crustacée*) qui le plus souvent coexistent sur le même malade et sur le même groupement.

Le « tubercule » non ulcéré est une élevure de 5 à 10, 15, 20 milimètres, orbiculaire, à bords nets tracés au compas, convexe, rouge jambonné ou rouge cuivré, lisse et tendue, quelquefois un peu squameuse, ferme et indurée, s'enfonçant plus profondément dans le derme que la papule. (Planche **34**).

Le « tubercule » ulcéré est un mode d'évolution de la lésion précédente. (Planches **35** et **36**). Tantôt le sommet du tubercule desquame et forme une vésico-pustule superficielle qui l'ulcère par fonte moléculaire ou s'incruste. Tantôt le tubercule se ramollit en masse comme le ferait une gomme sous-cutanée qui s'ulcère (v. p. 223), puis il s'incruste : c'est l'ecthyma, ou rupia syphilitique. Les croûtes et l'ulcération ont les caractères habituels des ulcérations syphilitiques.

La *croûte* est *inconstante*, large de 1, 2, 3, 10 centimètres, orbiculaire ou circinée, épaisse, parfois très épaisse, dépassant 2, 3, 6 millimètres, formée de stries concentriques ostréacées (en écaille d'huître), foncée, verdâtre ou brun

Syphilide tertiaire tuberculo croûteuse

La forme circinée, la progression excentrique centrifuge et la régression cicatricielle centrale, le maximum des lésions à la périphérie d'où résulte la forme rubanée des lésions en activité ; le bord polycyclique curviligne, nettement tracé au compas sur la plupart des segments ; la base infiltrée papuleuse rouge cuivrée infiltrée lisse (tubercules syphilitiques) sur laquelle reposent les ulcérations croûteuses qui n'en occupent qu'une partie ; l'aspect de ces lésions ulcéro-croûteuses, leur forme arrondie ou polycyclique par confluence, l'aspect tourbillonneux des ulcérations qu'elles recouvrent, etc... ; la teinte marbrée et la finesse de la cicatrice centrale qui reste souple et laisse apercevoir les veinules sous-jacentes ; la repullulation dans cette cicatrice de petites syphilides papulo-squameuses, tout cela est caractéristique de ces syphilides dermiques tubéro-croûteuses à marche lente et froide, souvent serpigineuse.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 231 3°.) *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. DEURQUIL, PARIS

verdâtre ou vert noirâtre, compacte et dure, enchâssée dans la peau comme un verre de montre dans sa monture, donc difficile à détacher.

Cette croûte recouvre une *ulcération* large, orbiculaire ou circinée polycyclique ; les bords sont tracés au compas, à pic, adhérents ; l'ulcération est creuse ; le fond est souvent au début recouvert d'enduit jaunâtre bourbillonneux.

Croûte et ulcération sont débordées par une *base infiltrée rouge, dure*, etc., qui a tous les caractères du tubercule non ulcéré[1] (v. ci-dessus).

Une sous-variété est la *S. tubéro-hypertrophique* dont les éléments tantôt lisses, tantôt ulcérés, sont particulièrement gros et saillants. Elle se rencontre surtout à la face, aux oreilles et aux lèvres, donnant le « léontiasis » syphilitique, plus rarement à la vulve (éléphantiasis).

L'évolution de ces syphilides abandonnées à elles-mêmes est froide, très lente, se chiffrant par années ; la résorption se fait au bout d'un temps variable et se termine souvent par une *cicatrice pigmentée* même lorsqu'il n'y a pas eu d'ulcération (v. p. 203 et Planche **33**, p. 226) ; la forme et le contour de ces cicatrices sont calqués sur la lésion infiltrée qui lui a donné naissance. Très insidieuses, ces syphilides peuvent produire des mutilations irréparables qui, cachées par une croûte, peuvent rester ignorées du malade, par exemple au nez ; il est donc indispensable d'en

1. La variété classique, dite syphilis tubéro-gangréneuse, nous paraît être due à une infection secondaire : sur les tubercules apparaissent de petits points noirâtres ou verdâtres ou feuille morte, escharotiques, qui grandissent, exhalent une odeur et un suintement fétides. Ces eschares se limitent au bout de 8 à 12 jours ; un sillon se forme, l'eschare se détache donnant une ulcération lente à guérir. Parfois la gangrène reste « sèche », l'eschare est dure.

De même les phagédénismes nous semblent des complications dues à une infection secondaire, sauf le *phagédénisme térébrant*, qui représente un envahissement gommeux en profondeur.

prévenir le patient afin qu'il n'accuse pas le traitement d'avoir produit la perte de substance.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces syphilides dermiques est souvent difficile. Pour les signes différentiels de ces syphilides avec les sporotrichoses et actinomycoses, les tuberculoses gommeuses et sarcoïdes, les abcès chauds et furoncles, les cancers et les kystes, il suffit de se reporter au diagnostic des gommes sous-cutanées, car les éléments de diagnostic sont les mêmes.

Le diagnostic avec le lupus érythémateux est facile, car ce lupus est caractérisé par ses squames ponctuées, ses bords diffus irréguliers, sa marche très lente, sa cicatrice centrale sans ulcération. Il est facile aussi avec l'érythème induré de Bazin, qui siège aux membres inférieurs des jeunes filles scrofuleuses, qui est plus profond, plus diffus, plus violacé, etc. Au contraire le diagnostic entre le lupus tuberculeux et les syphilides lupiformes est souvent malaisé.

Lupus tuberculeux.	**Syphilides tubéreuses** *(syphilides lupiformes).*
Antécédents scrofuleux : adénites, et écrouelles, ostéites, bronchites inconstantes, etc.	Antécédents de syphilis acquise ou d'hérédo-syphilis (stigmates, p. 351).
Evolution extrêmement lente se chiffrant par années. Le lupus infiltre et détruit par émiettement imperceptible.	Evolution relativement rapide se chiffrant par mois :
Le lupus est « fixe » (c'est là le meilleur signe).	La syphilis infiltre largement et détruit « par bloc ». La syphilis est « nomade ».
Aspect non figuré, groupement non systématique des éléments.	Aspect figuré, groupement systématique, orbiculaire.
Bords irréguliers, émiettés.	Bords réguliers en orbe, en arceaux.
Siège de prédilection autour des narines (la tuberculose endo-	Pas de siège de prédilection.

PLANCHE **37**. — **Syphilis tertiaire ;**
Syphilide tuberculo-croûteuse ulcérante agminée du nez

Fig. 1. — Les croûtes brun-noirâtres arrondies, isolées ou confluentes, irrégulières, saillantes, plates ou coniques, entourées d'une collerette squameuse et débordées par l'infiltrat dermique rose violacé, recouvrent de profondes ulcérations mutilantes.

Syphilide tuberculo-croûteuse en S

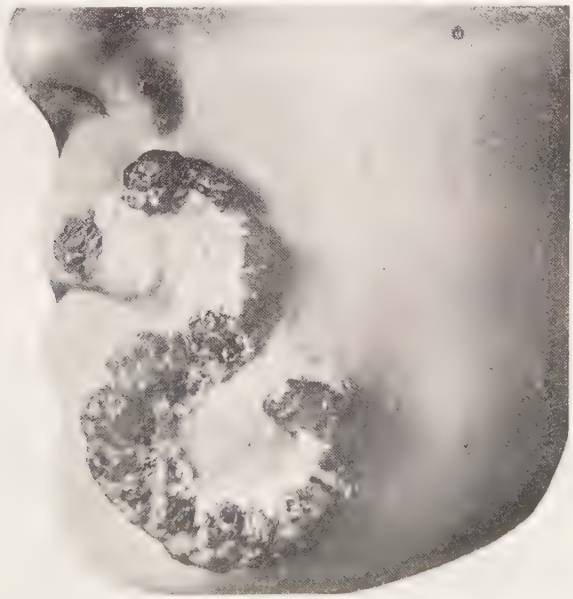


Fig. 2. — Chaque tubercule syphilitique ulcéro-croûteux est encore reconnaissable, la peau tout autour est infiltrée, rosée.

Gougerot, *Syphilis*, p. 236. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

nasale a précédé le lupus), lèvre supérieure (lupus descendant du nez) autour de l'orifice lacrymal (lupus venant du nez), sur la joue, autour des régions ganglionnaires, autour de l'oreille (lupus précédée d'otite chronique), etc.

Coloration plus claire, rose ou rouge-orangé, quelquefois rouge-violacé ou rose-bleuâtre.

Desquamation et croûtes irrégulières.

On trouve la *lésion élémentaire*, en s'aidant ou non de la vitro-pression, le *grain lupique* ou « willanique », grand de 1 à 3, 4 millimètres, rouge-orangé ou jaune-orangé, demi-transparent (sucre d'orge), mollasse à la palpation et à l'aiguille que l'on enfonce à son intérieur.

Ulcération irrégulière à bords déchiquetés, mollasses, souvent décollés.

A fond, atone presque lisse, uni, de niveau, souvent vernissé vitreux (pseudo cicatriciel), quelquefois végétant.

Le mercure peut amener une régression incomplète et lente, l'iodure tuméfie les lésions?

L'inoculation tuberculise le cobaye[1].

Rouge vif ou rouge foncé ou rouge livide ou rouge mêlé de brun pigmenté.

Croûtes souvent orbiculaires, plus homogènes, plus dures.

La lésion élémentaire est la papule ou le « tubercule » syphilitique : infiltrat plus gros de 1 à 10 millimètres, rouge sombre, *opaque*, brun et *dur*, ne s'écrasant pas sous le doigt, ni sous le verre compresseur.

Ulcérations ayant les caractères syphilitiques : orbiculaires, tracées au compas, nettement entaillées, bords à pic, adhérents durs, infiltrés.

A fond rougeâtre, déprimé, creux, inégal, anfractueux, dont les logettes contiennent souvent encore de l'enduit bourbillonneux.

Traitement d'épreuve mercuriels et ioduré.

Réaction de Wassermann positive

Difficile aussi peut être le diagnostic entre les syphi-

1. La biopsie est inutile, car les lésions syphilitiques sont souvent de structure tuberculoïde. L'injection de tuberculine peut d'après Nicolas et Favre donner une réaction même avec les syphilides. La recherche du bacille de Koch et du tréponème, l'inoculation au singe sont des procédés aléatoires.

lides et les pyodermites : ecthyma (v. p. 191) et ulcère variqueux qui en dérive (v. p. 228), acné vulgaire (v. p. 192) et acné pilaire cicatriciel de Bazin (p. 238), sycosis, etc.

Le sycosis, surtout dans ses formes « nodulaires », « tuberleuses », « fongueuses », se rapproche des syphilides ; il s'en distingue par : les phénomènes inflammatoires, — la coloration plus rouge, plus animée, — la sensation de tension douloureuse à la pression, — la tuméfaction plus mollasse, — la présence de vésico-pustules débutantes centrées d'un poil, — la surface criblée de pustulettes purulentes en écumoir, — l'issue de gouttelettes de pus sous la pression, — les bords irréguliers, émiettés, non systématisés, non tracés au compas, — les récidives *in situ*, — enfin par l'absence d'induration et d'ulcération larges orbiculaires à enduit bourbillonneux.

Le diagnostic le plus difficile est avec l'acné nécrotique :

Acné pilaire cicatriciel (ou acné nécrotique).	**Syphilides tubéro-croûteuses acnéiformes.**
Antécédents : *poussées antérieures, évoluant depuis des années,* sur *terrain séborrhéique* (comédons etc.	Antécédents de syphilis, et séborrhée inconstante, pas de poussées antérieures.
Revenant aux mêmes sièges d'élection : front et tempes en *lisière du cuir chevelu,* région des favoris, ailes du nez et sillons naso-géniens, cuir chevelu, espace intersourcilier, espaces médians antérieur et postérieur du thorax.	Pas de siège d'élection aussi précis (bien que la syphilis frappe souvent le visage).
Symétrie.	*Symétrie inconstante.*
Lésions polymorphes *de tous âges,* variant d'un grain de mil à un pois.	Lésions *monomorphes* datant d'une même poussée.

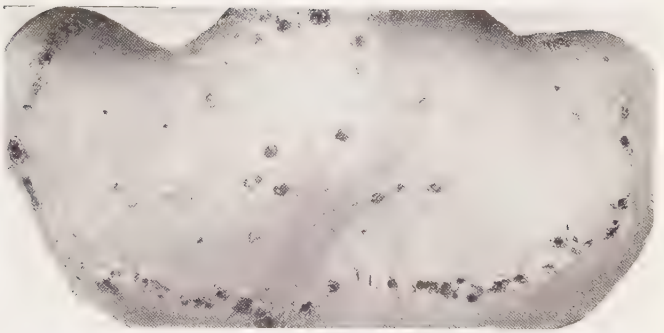


FIG. 1. — **Syphilide serpigineuse du dos**

Cette syphilide circinée progresse excentriquement, son bord papulo-squameux curviligne est parsemé de syphilides papulo-croûteuses et ulcéreuses, mais le centre de la lésion ne guérit pas, la peau reste rose cuivrée, squameuse, infiltrée, épaissie, et çà et là, des éléments papulo-croûteux repullulent.

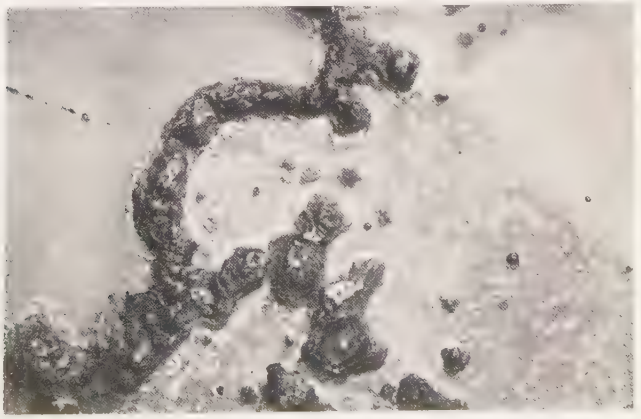


FIG. 2. — **Syphilis serpigineuse du thorax**

(Voir le malade précédent.) Ici, le bord plus irrégulier est vu grandeur naturelle, les lésions papulo-croûteuses et ulcéreuses sont intenses.

Gougerot, *Syphilis*, p. 238. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

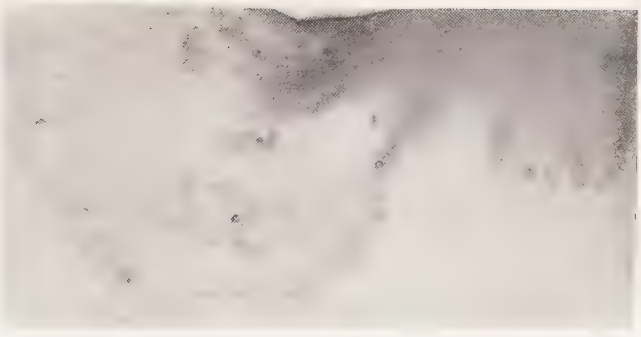


FIG. 1. — **Syphilide tuberculeuse circinée papulo-squameuse du thorax**

Chacun des éléments qui forment le tracé des cercles est une syphilide caractéristique cuivrée, la peau est normale dans l'intérieur des cercles.

FIG. 2. — **Syphilide tuberculeuse géante en nappe ou syphilide serpigineuse en cuirasse de la poitrine, du dos et des bras**

Tout le dos est envahi. Le bord est papulo-squameux et ulcéro-croûteux, le centre est infiltré rose violacé papulo-squameux cicatriciel

Nodules plus plats, moins saillants (moins nodulaires), plus rouges, plus inflammatoires (moins fermes).	Les nodules jeunes sont saillants, rouge jambonné, infiltrés *durs, aphlegmasiques.*
Nodules devenant pustuleux nécrotiques, centrés d'une croûtelle jaune brunâtre enchâssée et adhérente.	Les nodules en pustulation sont souvent identiques, la croûte est pourtant plus dure, plus compacte.
Nodules ulcéreux sphacéliques, à eschare minuscule déprimée.	L'ulcération sauf exception ne donne pas l'impression d'eschare sphacélique.
Cicatrises déprimées varioliformes, symétriques (creuses et petites).	Les cicatrices peuvent avoir même aspect, quoiqu'elles soient souvent plus pigmentées.

Difficile encore est le diagnostic avec certaines éruptions médicamenteuses papulo-pustuleuses dues aux iodures et aux bromures alcalins, d'autant plus que certains syphilitiques se gorgent d'iodure de potassium et que d'autres se saturent de bromure. Même chez un syphilitique avéré, on conçoit l'intérêt du diagnostic, puisque la thérapeutique est toute différente.

Iodurides.	**Syphilides.**
Antécédents : absorption médicamenteuse.	Antécédents syphilitiques.
Idiosyncrasie spéciale, souvenir d'éruption analogue lors des cures précédentes.	Pas d'idiosyncrasie ou phénomènes d'intoléranc banale aux iodures et aux bromures.
Parallélisme entre l'intensité de la cure et de l'éruption.	Evolution inverse : les éléments guérissent par l'iodure.
Evolution plus rapide : début assez soudain, vésico-pustulation en 4 à 6 jours, vésico-bulle nette puis incrustation.	Evolution plus lente : début par un nodule infiltré ferme qui aboutit plus tardivement à l'incrustation, la vésico-pustule passe inaperçue ou est éphémère.
Nodules d'âges différents : éléments jeunes faciles à reconnaitre mélés aux lésions adultes très syphiloïdes.	Nodules d'âge souvent égal provenant d'une même poussée.

Nodules jeunes et nodules en voie d'accroissement plus inflammatoires, plus rouge-vif, à base plus molle, empâtée, œdémateuse.	Nodules aphlegmasiques rouge cuivré ou jambonné, à base indurée, ferme, sèche.
Epreuve du traitement : cesser le médicament, faire le traitement des pyodermites et des intoxications (lait, laxatif, diurétiques, pulvérisation, etc.).	Cesser l'iodure, donner du mercure et de l'arsenic.

Le diagnostic est encore plus difficile avec les BROMIDES :

En effet celles-ci sont souvent orbiculaires, larges de 4 à 8 millimètres, rouge-sombre, convexes, lisses ou croûteuses, infiltrées et sèches, agminées et polycycliques, comme les syphilides.

On s'appuiera sur les caractères fournis par le diagnostic des iodurides : antécédents et évolution, moindre induration (la bromide se laisse plus facilement écraser sous le doigt), absence fréquente d'infiltration sous les croûtes, absence d'ulcérations entaillées (il s'agit *d'érosion* souvent *végétante*) enfin et surtout épreuve thérapeutique.

Heureusement ce diagnostic se pose moins souvent que celui des iodurides.

TRAITEMENT. — Le traitement des gommes dermiques est le même que celui des gommes sous-cutanées : iodure et mercure ; localement on peut faire des frictions mercurielles sur les lésions.

FIG. 2. — **Erythème circiné tertiaire**

Eléments maculeux sans saillie, ni infiltration, ni desquamation, d'un rose pâle ou d'un rose cuivré orangé, larges de 10 à 70, 80 millimètres ; le bord de chaque élément a de 3 à 10 millimètres. La lésion dura ici plus d'un an, « fixe », sans progression.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Gougerot, *Syphilis*, p. 240.

III

Syphilis superficielles bénignes, Erythème circiné tertiaire (Planche 40).

Au cours de la syphilis tertiaire, le malade peut ne pas présenter uniquement des accidents destructeurs et graves : gommes hypodermiques ou dermiques, il peut avoir des accidents superficiels bénins analogues à ceux de la période secondaire : plaques muqueuses, roséole de retour, papules généralisées ou localisées palmo-plantaires, etc. (v. p. 186). Ce sont des syphilides tertiaires à modalité secondaire, « des syphilis déclassées ». Il faut se souvenir que ces *accidents secondaires tardifs*, notamment les *plaques muqueuses*, qui surviennent 10, 20, 40, ans après le chancre, sont très *contagieux* à l'inverse des gommes qui ne le sont que fort peu.

L'érythème circiné tertiaire appartient à ce groupe de syphilides bénignes tertiaires; il siège par ordre de fréquence au tronc, sur les flancs, les cuisses, les lombes, les fesses, les avant-bras, etc. On ne l'a jamais rencontré sur la face, ni aux extrémités des membres. Il n'atteint d'ordinaire qu'une région et ses éléments sont peu nombreux dépassant rarement 6 à 10.

Ce sont des disques rosés d'un rose vif ou plus souvent d'un rose pâle (jamais cuivré), orbiculaires ou ovalaires, oscillant entre 3 et 15 centimètres, dessinant en se réunissant des anneaux, des festons, etc.; le ruban rosé onduleux et sinueux semble *immobile*.

Le début est insidieux, indolent, aprurigineux. L'érythème reste *fixe* pendant des semaines, parfois 3, 6, 12 mois, sans progression centrifuge. Il finit par virer

au jaune rose, l'épiderme desquame et il disparaît sans laisser de trace.

La récidive est fréquente.

Le pronostic est bénin et marquerait d'après Fournier une atténuation de la syphilis tertiaire.

Rien ne ressemble à cet érythème [1]. Le seul diagnostic important, quoique exceptionnel et facile, est celui de la lèpre. En effet, au début de la lèpre, surtout d'une lèpre nerveuse, on peut voir de grands anneaux rosés : mais ces léprides érythémateuses s'accompagnent d'anesthésie, de tuméfaction des nerfs, elles sont souvent mêlées d'une teinte brune, pigmentée.

Le traitement spécifique est si peu actif que l'on a parlé de parasyphilis, de neurosyphilis. Il faut, malgré sa bénignité, traiter énergiquement cette érythème tertiaire car il témoigne d'un reliquat toxi-infectieux.

***

Malheureusement les accidents cutanéo-muqueux ne résument pas toute la syphilis tertiaire, le syphilitique peut être atteint d'autres localisations gommeuses : musculaires, osseuses, viscérales, dont il nous faut maintenant résumer les caractères différentiels.

1. Voir pour le diagnostic avec l'eczéma, le pityriasis rosé, l'eczéma séborrhéique, les trichophyties, les roséoles médicamenteuses, p. 172.

L'érythème polymorphe a une évolution plus rapide en quelques jours, une teinte plus vive, des troubles généraux, etc.

J'ai décrit un érythème circiné centrifuge qui évolue fréquemment chez des tuberculeux. Cet érythème progresse de jour en jour, alors que l'érythème circiné est immobile.

CHAPITRE XIII

SYPHILIS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Os, p. 243. Articulations et synoviales, p. 245. Muscles, p. 250.

La syphilis, surtout la syphilis tertiaire, frappe souvent les tissus profonds, os, articulations, muscle, variant ses lésions depuis les troubles passagers jusqu'aus gommes destructrices et jusqu'aux scléroses irréparables.

***

Os — (Planche **41**).

A la période **secondaire**, ce sont :

— les douleurs ostéo-périostées localisées au crâne (donnant la céphalée), aux tibias, aux côtes (simulant une pleurésie), au sternum (simulant une angine de poitrine). Elles sont sourdes ou très violentes, plus vives au point d'insertion des aponévroses et des tendons, qui sans doute tiraillent le périoste.

— des périostites avec douleurs surtout nocturnes, avec empâtement molasse, souvent très précoces, survenant 15 à 120 jours après le chancre.

— des périostoses du frontal, dures, etc., à douleurs surtout nocturnes, etc., etc.

A la période **tertiaire**, ce sont :

— des ostéites gommeuses, circonscrites ou diffuses, des os longs, des os courts et des os plats (crâne) donnant les symptômes et reproduisant les divers stades évolutifs des gommes circonscrites ou diffuses. Elles sont uniques ou multiples, avec ou sans sequestre, s'accompagnent de douleurs sourdes ou violentes fixes, à prédominance nocturne, d'envahissement de la peau, etc.

Certaines localisations sont importantes à connaître :

— ostéite des vertèbres, ou *mal de Pott* syphilitique lombo-dorsal, sous-occipital.

— ostéite des doigts et des orteils ou panaris, dactylite, *spina ventosa* syphilitiques.

— ostéite des os de la face : des maxillaires supérieurs, de l'apophyse palatine et du rebord alvéolaire donnant des equestres, des perforations, des compressions nerveuses; d'où paralysie faciale, névralgie du trijumeau, amaurose. Elles peuvent détruire tout le massif osseux qui soutient le nez : par la voûte perforée, le nez et la bouche communiquent formant cloaque.

— ostéite cranienne perforant le crâne (« crâne en dentelle », « à jour »), pouvant se compliquer de méningite mortelle, par infection secondaire des sequestres.

— ostéites craniennes comprimant l'encéphale, simulant une tumeur cérébrale.

— ostéite naso-cranienne mutilant le nez, etc.

— ostéite gommeuse sterno-claviculaire pouvant envahir la plèvre et déterminer la mort.

— ostéite des os des membres, du cubitus, etc., tantôt simulant un phlegmon, tantôt donnant des ostéites condensantes hypertrophiantes du tibia, de la clavicule, tantôt donnant des os vermoulus fragiles, des fractures spontanées de l'humérus, du fémur, de la clavicule, etc., avec consolidation retardées, pseudarthroses, etc.

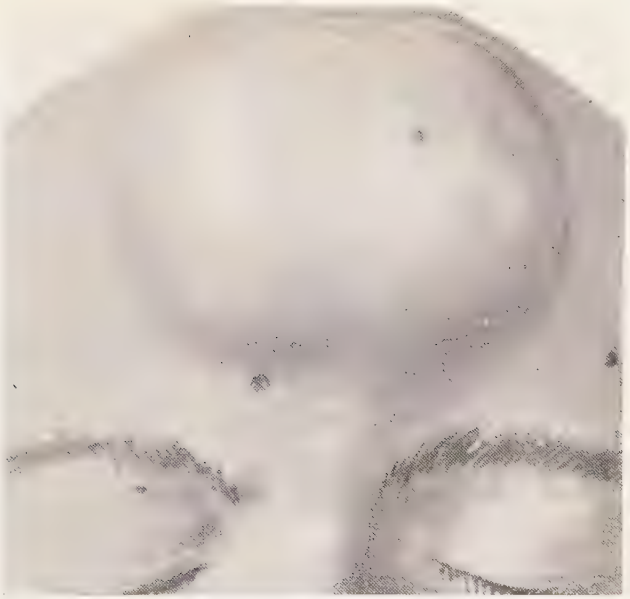


Fig. 1. — Grosse gomme du frontal non encore ulcérée faisant une très forte saillie, la peau est rosée, la masse est ramollie.

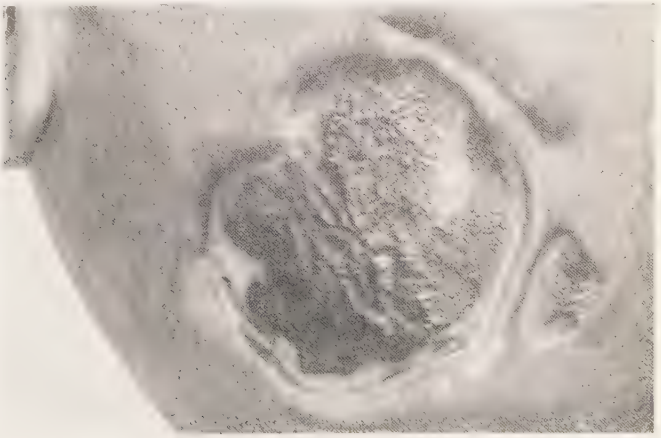


Fig. 2. — Gommes ulcérées du pariétal. L'ulcère gommeux est caractéristique, bords curvilignes : tracés au compas, à pic, épais, rose cuivré, surplombant un liséré tourbillonneux purulent. Il laisse apercevoir un large séquestre osseux jaune noirâtre formé par la table externe du pariétal ; ce séquestre a une surface irrégulière trouée par une multitude de canaux de Havers dilatés par l'inflammation. A côté, on aperçoit une petite lésion semblable ulcérée et quatre cicatrices de gommes osseuses anciennes.

Dans la localisation du virus, tertiaire le rôle des traumatismes professionnels ou accidentels est indéniable.

Le *diagnostic* doit etre discuté avec les ostéomyélites subaiguës éberthiennes, avec les ostéites chroniques staphylococciques, tuberculeuses, surtout avec la sporotrichose et les autres mycoses, parfois avec les ostéo-sarcomes.

Dans l'ostéo-sarcome, l'évolution est plus rapide, plus grave, la tuméfaction est plus grosse, inégale, molle en certains points; elle est douloureuse jour et nuit. Le traitement anti-syphilitique avant l'opération évitera des mutilations irréparables.

Dans la tuberculose, les douleurs sont moins vives, moins nocturnes; les ganglions sont tuméfiés; la suppuration est plus fréquente, plus abondante; les fistules ont un autre aspect.

Pour faire le diagnostic de mycose, le plus simple et le plus sûr est de cultiver le pus si on le peut; sinon on pratiquera le séro-diagnostic des mycoses de Widal et Abrami. (V. p. 448.)

Le *traitement* est celui de toutes les syphilides; pourtant il faut se souvenir que la gomme ne se cicatrise pas s'il reste de l'os mortifié et il faudra souvent recourir à la gouge et à la pince pour enlever les séquestres; exceptionnellement on devra trépaner pour décomprimer l'encéphale.

***

Articulations

Ce sont à la **période secondaire** :

– les *arthralgies* souvent très précoces, devançant même la roseole, siegeant surtout sur les articulations qui fatiguent le plus, s'exasperant le soir ou la nuit, plus vives au repos que pendant l'exercice, laissant, le matin, le malade comme

engourdi ; puis peu à peu, par les mouvements, tout se « dérouille », mais pour recommencer la nuit suivante.

— les *synovites subaiguës* ou « *pseudo-rhumatisme syphilitique* ». Tantôt le « pseudo-rhumatisme » est poly-articulaire, précoce, ressemblant au rhumatisme subaigu de Bouillaud ; il a souvent une prédilection pour les petites articulations, mais il est beaucoup moins douloureux que le rhumatisme vrai et ne s'accompagne que de très peu de troubles généraux ; il est moins mobile, moins influencé par le salycilate. Tantôt l'arthropathie syphilitique est mono-articulaire avec douleurs, tuméfaction, peau rosée tendue, œdématiée ; l'empâtement voile souvent un léger épanchement ; l'article est relativement peu douloureux et souvent même indolent lorsqu'on mobilise l'artille, ce qui le distingue des pseudo-rhumatismes gonococcique et tuberculeux.

— le *pseudo-rhumatisme chronique*, d'ordinaire tardif.

— les *hydarthroses* du genou, du coude, de la tibiotarsienne, etc. Elles sont précoces ou tardives, le plus souvent provoquées par un point d'ostéite. Elles sont uniques ou symétriques, rarement oligo-articulaires. Elles présentent d'ordinaire la symptomatologie si connue des hydarthroses « vulgaires » dites « essentielles », et persistent tenaces tant que le traitement anti-syphilitique n'est pas institué. Le diagnostic ne sera affirmé que par l'étude des antécédents et les résultats du traitement.

Ce sont, à la **période tertiaire**, les mêmes accidents et d'autres encore plus graves, parce que destructeurs :

— *Tumeur blanche syphilitique* ou *ostéo-chondro-arthropathie* (car il y a ostéite épiphysaire). La syphilis frappe surtout le genou, mais elle peut atteindre toutes les jointures, même les plus petites : articulations métacarpiennes, métatarsiennes, vertébrales, atloïdo-occipitale (mal de Pott).

Le début est lent, insidieux, progressif, sans réaction générale ni locale.

La première période est dite « *douloureuse* », sans déformation osseuse. Les douleurs sont spontanées surtout nocturnes; la palpation révèle des points douloureux osseux sur les condyles fémoraux, les tubérosités tibiales, l'épicondyle, l'épitrochlée, l'extrémité interne de la clavicule, etc.

La deuxième période, ou *hyperostosante*, se traduit par une augmentation *régulière* des extrémités osseuses, sans fongosités, sans gêne des mouvements. Les douleurs persistent peu intenses, surtout nocturnes.

La troisième période, ou d'*hydarthrose*, se traduit par une nouvelle augmentation de volume : la peau est distendue. Aux signes des périodes précédentes s'ajoutent ceux d'un épanchement peu abondant et d'un épaississement diffus de la synoviale. Les mouvements sont limités, mais moins qu'on ne le penserait; ce sont l'épanchement et l'hyperostose qui gênent les mouvements et non les douleurs habituellement peu vives. Il n'y a ni contracture douloureuse, ni positions vicieuses, ni ankylose, ni fongosités. Le malade affaibli par les douleurs est souvent cachectique. L'arthrite peut se compliquer de la formation de *corps étrangers articulaires* que le traitement antisyphilitique suffira souvent à faire résoudre.

Non traitée, cette arthrite n'a aucune tendance à guérir : elle peut se compliquer de fracture spontanée (surtout à la clavicule) ou d'ouverture des gommes dans la synoviale, provoquant alors un épanchement suppuré qui a pu contraindre à l'arthrotomie, à la résection et même à l'amputation. Traitée dès le début, elle guérit rapidement et complètement. Traitée à la deuxième période, la guérison est plus lente et les hyperostoses persistent.

— *Périsynovite gommeuse.* Cette périsynovite a un début lent insidieux; elle tuméfie l'articulation par ses infiltrats et ne détermine que peu d'hydrarthrose. Il y a peu ou pas de douleur, pas d'attitude fixe, pas de contracture, pas de fongosités.

La palpation révèle, outre l'épanchement, une synoviale « souple en certains endroits, épaissie, cartonneuse en d'autres, comme si la séreuse était doublée d'un blindage pseudo-membraneux ferme et résistant ».

Non traitée, elle dure des années et peut se compliquer de la formation de corps étrangers, d'ulcérations gommeuses cutanées qui ouvrent l'articulation et permettent une infection secondaire souvent grave. Traitée, elle guérit complètement ou en laissant des craquements et de la gêne dans les mouvements.

L'erreur de diagnostic a pu être faite avec tous les processus ostéo-articulaires : arthropathies gonococciques qui, ont une évolution subaiguë enflamment et rougissent la peau ; — ostéomyélites ; — rhumatismes chroniques déformants ; — arthropathie tabétique dont l'évolution et les symptômes associés sont différents[1] ; — ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie ; — ostéosarcome (v. p. 245) qui à la radioscopie reste transparent tandis que la syphilis donne des images d'hyperostose sous-périostée (Broca) ; — hydarthroses ; — hémarthroses qui donnent à la ponction un liquide caractéristique ; — hydatides, etc.

En fait, deux diagnostics sont difficiles et importants, celui de sporotrichose qu'il faudra affirmer par la culture ou le séro-diagnostic (v. p. 460), celui de tuberculose. Ce dernier est d'autant plus difficile que parfois l'arthrite syphilitique s'associe à une syphilis pulmonaire cachectisante qui simule la phtisie tuberculeuse. Le diagnostic ne fut fait que par la constatation de papules circinées dans une observation de Gaucher, mais d'ordinaire le diagnostic est facile en s'appuyant sur les signes suivants :

1. On sait pourtant que Barré, développant une suggestion de Babinski, croit que les arthropathies tabétiques sont des arthrites syphilitiques modifiées par un terrain spécial.

Tumeur blanche tuberculeuse.	Arthropathie syphilitique.
Douleurs spontanées violentes.	Douleurs peu marquées, à prédominance nocturne.
Mouvements très douloureux, limités par la contracture douloureuse de défense, attitude vicieuse,	Mouvements gênés par l'épanchement et les déformations osseuses, mais non par la douleur. Pas de contracture, ni d'attitude vicieuse.
Réseau veineux plus marqué.	Réseau veineux moins marqué;
Tuméfaction inégale, avec ampâtement mollasse, fongueux, fausse fluctuation.	Gonflement osseux, dur, avec fluctuation vraie.
Fistules cutanées fréquentes ayant le caractère des ulcérations tuberculeuses, étroites, à bords déchiquetés, décollés, violacés.	Ulcérations cutanées rares, ayant les caractères de l'ulcère gommeux, à bords tracés au compas, adhérents, rouges, à fond bourbillonneux.
Adénite régionale.	Pas de tuméfaction ganglionnaire.
Etat général souvent altéré, température.	Etat général souvent peu altéré, sauf s'il existe des douleurs nocturnes, pas de température.
Association de lésions tuberculeuses ganglionnaires.	Association de lésions tertiaires, de leucoplasie.
Non influencée par le mercure.	Guérison par le mercure et l'iodure.

Au traitement habituel, on fera bien d'associer les bains sulfureux, le massage. Rarement on devra recourir à la ponction pour un épanchement trop abondant, à l'arthrotomie pour une fistulation gommeuse dans la séreuse, à des résections pour corriger des hyperostoses, ou à la résection articulaire pour redresser une arthrite très ancienne et ankylosée.

***

Muscles (Planche **42**).

A la période secondaire, ce sont des myopaties précoces :

— *myalgies localisées.*

— courbature douloureuse généralisée frappant surtout les membres inférieurs, les lombes, les épaules,

— contracture atteignant presque exclusivement le biceps brachial, fixant l'avant-bras en demi-flexion, durant quelques semaines,

— « affaiblissement et amaigrissement » musculaires pouvant aller jusqu'à l'amyotrophie.

A la période tertiaire, ce sont des myopathies tardives donnant :

— des *gommes*, typiques par leur forme et leur évolution habituellement uniques. Elles siégent surtout dans le sterno-cleido-mastoïdien, le biceps brachial, le quadriceps crural, dont elles déterminent parfois la rupture du tendon, mais elles peuvent atteindre tous les muscles.

— Une *myosite interstitielle diffuse*, souvent précoce, frappant surtout le biceps brachial, le sphincter anal, les massétérins, les fléchisseurs des doigts, le deltoïde, le sterno-mastoïdien, etc. Cette myosite se traduit par un début insidieux, de vagues douleurs, une limitation progressive des mouvements, une tuméfaction uniforme diffuse indolente, alors que les mouvements provoquent de vives douleurs; puis lentement le muscle s'atrophie et se transforme en une bande scléreuse rétractile d'où résulte une infirmité incurable.

FIG. 1. — **Gommes du sterno-cléido-mastoïdien gauche (partie inférieure) non ulcérée**

La saillie indurée allongée sur le bord antérieur du muscle n'adhère pas encore à la peau qui reste normale.

FIG. 2. — **Gommes musculaires ulcérées du sterno-cléido-mastoïdien (partie supérieure).**

L'ulcère gommeux est caractéristique et contient encore le tourbillon jaunâtre. Sur le tégument, on aperçoit des cicatrices de gommes cutanées.

Gougerot. Syphilis, p. 250.

Musée de l'hôpital Saint Louis.

— une *myosite scléro-gommeuse* qui réunit sur un même muscle les deux formes précédentes : la gomme et la myosite diffuse scléreuse.

(Ces myosites syphilitiques peuvent simuler toutes les tumeurs : lipome, sarcome, hématome ; tous les modules infectieux : kyste hydatique, tuberculose, mycose, sporotrichose, actinomycose.)

— enfin des *amyotrophies* revêtant le type des myopathies dites essentielles.

CHAPITRE XIV

RÉSUMÉ DES

SYPHILIS VISCÉRALES

Ce qu'il est indispensable d'en savoir.

Généralités : Fréquence, importance pratique, pronostique et thérapeutique des syphilis viscérales, p. 253.

Nécessité de penser à la syphilis devant toute affection viscérale, et, dans le doute, de tenter un traitement d'épreuve, p. 254.

Diagnostic et Indications thérapeutiques générales : p. 256.

Affections viscérales syphilitiques. *Diagnostic et traitement*, p. 258.

Artères : gangrène par artérite périphérique, anévrysme, p. 259.

Aorte : aortite, insuffisance aortique, angine de poitrine, anévrysmes, p. 260.

Myocarde : pouls lent permanent, tachycardie paroxystique essentielle, myocardite, p. 261.

Veines : phlébites, p. 262.

Sang : anémies, pseudo-leucémies, hémoglobinurie paroxystique, ictères hémolytiques, chlorose, anémie pernicieuse, p. 263.

Vaisseaux et ganglions lymphatiques, p. 264.

Larynx : œdème de la glotte, rétrécissement laryngé, leucoplasie et cancer, p. 265.

Trachée et grosses bronches : trachéo-bronchite, rétrécissement, p. 267.

Poumons : « phtisie vérolique », sclérose, bronchectasie, phtisie galopante, etc., p. 270. Fréquence et importance des associations syphilo-tuberculeuses, p. 272.

Plèvre : pleurésies secondaires et tertiaires, p. 273.

Médiastin : pseudo-cancers guéris par le traitement syphilitique, p. 274.

Œsophage : ulcère, rétrécissement, p. 274.

Estomac : ulcère, sténose, pseudo-cancers, p. 274.

Intestins, appendice, colons, rectum : rétrécissement, p. 275-276.

Foie : ictère grave, cirrhose, foie ficelé, p. 277.

Rate : fausses tumeurs spléniques, p. 279.
Pancréas : diabète syphilitique, p. 279. *Glandes salivaires*, p. 280
Surrénales : maladie d'Addison curable, mort subite, p. 280.
Thyroïde : goitre exophtalmique, myxœdème, p. 280.
Hypophyse : acromégalie, p. 281.
Syndromes pluriglandulaires, p. 281.
Urèthre, corps caverneux, p. 281-282.
Prostate : faux cancer pelvien, p. 282.
Vessie, p. 282.
Testicule et épididyme : testicule en galet, hydrocèle, p. 282, *canal déférent*, p. 284.
Utérus : rétrécissement du col, métrite, faux cancer, leucoplasie graine de *cancer*, p. 285.
Ovaires et trompes : salpingo-ovarites, p. 285.
Mamelle : « cancer vérolique », p. 285.
Reins : Importance de l'état du rein dans le traitement de la syphilis, p. 285.
Polyviscérites, p. 289.
Résumé : dans beaucoup de cas c'est un « bonheur que de découvrir la syphilis », p. 289.

FRÉQUENCE ET IMPORTANCE PRATIQUE, PRONOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES SYPHILIS VISCÉRALES

> « On ordonna un électuaire pour un phtisique qui était dans dans une situation désespérée. Par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter et le phtisique reçut l'onguent mercuriel, au lieu de l'électuaire, pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas de la méprise, prit de cet onguent environ la grosseur d'une noix muscade deux à trois fois par jour, et il fut radicalement guéri de sa maladie, au grand étonnement du médecin qui apprit ensuite, par hasard, de l'apothicaire, comment la chose s'était faite. » (Brambilla, *Traité du phlegmon*, 1777.)
>
> Cette observation fameuse résume toute l'histoire des syphilis viscérales : leurs ressemblances avec d'autres processus, leur gravité tant qu'elles sont méconnues, leur découverte due le plus souvent à un hasard, leur guérison miraculeuse par le traitement spécifique.

Le tréponème syphilitique envahit et lèse les viscères plus souvent que ne le laissent croire les statistiques, car

nombre de syphilis viscérales restent méconnues, en raison de la mauvaise habitude de trop de médecins de se contenter d'un diagnostic *d'affection* et de ne pas chercher la *maladie* cause de cette affection. Par exemple beaucoup se contentent du diagnostic d'insuffisance aortique, d'anévrysme, d'ulcère de l'estomac, etc., sans même essayer d'en découvrir la cause. Certes la précision des causes est souvent impossible, mais encore faut-il en tenter la recherche. Souvent aussi, lorsqu'on a découvert la cause, il n'en résulte aucune déduction thérapeutique ; mais il n'en est pas toujours ainsi : en particulier le diagnostic de syphilis a sauvé maintes fois des malades et si des syphilitiques ont succombé malgré le traitement, emportés par des lésions hépatiques, etc., c'est presque toujours parce que le diagnostic trop tardif avait laissé s'établir des lésions irréparables sur lesquelles le traitement ne pouvait plus agir. Les antisyphilitiques ne peuvent « créer » un hémisphère cérébral détruit, un foie morcelé dégénéré. Que de malades atteints d'angine de poitrine, de faux cancer de l'estomac, de cirrhose, d'hémiplégie sont morts faute d'un diagnostic de syphilis.... ! Il est donc une série de notions qu'il est indispensable d'avoir toujours présentes à l'esprit :

— **Il est de nécessité urgente de penser toujours à l'étiologie syphilitique possible de toutes les affections viscérales**, *car la syphilis lèse* **tous les tissus** *et y réalise* **tous les syndromes connus.**

— **Il faut tenter un diagnostic précoce, car** *trop souvent la syphilis crée des lésions irréparables et parfois le traitement n'arrive pas à enrayer la cachexie trop profonde.*

— **Toutes les fois que chez un ancien syphilitique, survient une affection viscérale quelle qu'elle soit, on doit systématiquement soulever l'hypothèse de son origine syphilitique et appliquer le traitement d'épreuve, même si la syphilis est très ancienne, remontant à 20, 30, 50 ans.**

— **Toutes les fois qu'une affection viscérale n'a pas une étiologie évidente et démontrée** (néphrite saturnine, endocardite rhumatismale, arthrite gonococcique, phtisie pulmonaire tuberculeuse), *toutes les fois surtout que le traitement habituel symptomatique reste inefficace, et que l'affection persiste chronique et traînante,* **il faut, même si le malade nie la syphilis, même s'il n'en présente aucun stigmate, penser à une syphilis ignorée, chercher des lésions associées, appliquer le** TRAITEMENT D'ÉPREUVE **(au besoin en le dissimulant).** Certes, souvent, très souvent, l'hypothèse sera inexacte et le traitement restera inefficace ; mais, si une fois sur 100, sur 1000, on guérit un malade avec une rapidité d'ordinaire merveilleuse et contre toute espérance, ce succès vaut bien de chercher des mois et des mois sans profit.

Jusqu'à maintenant le diagnostic de syphilis viscérale a été trop souvent l'effet du hasard, d'une erreur de traitement, d'une coïncidence de lésions, il faut aller au-devant de ce hasard.

Toutefois il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire, voir partout des lésions syphilitiques viscérales, croire que chez les syphilitiques toute affection viscérale est forcément syphilitique, et prolonger des traitements d'épreuve.

Diagnostic. — Le diagnostic de syphilis viscérale est d'inégale difficulté.

Tantôt il s'impose, même si l'on n'y pensait pas : le malade présente des ulcérations cutanées ou muqueuses caractéristiques, des ostéites non douteuses ; parfois une lésion syphilitique cutanée, anale par exemple, déborde la lésion profonde rectale.

Tantôt le diagnostic est facile, lorsqu'on sait que le malade est un ancien syphilitique ou que le malade révèle ses antécédents ; *il suffit d'y penser*, je dis, il suffit, mais encore faut-il y penser, car trop souvent des médecins, qui ont soigné un client dix ans auparavant pour un chancre, lui diagnostiquant une angine de poitrine, ne songent pas à l'étiologie syphilitique de cette angine et n'appliquent pas le traitement ; le malade et le médecin ont oublié la syphilis ; on a si peu l'habitude de chercher l'étiologie des lésions ; on a si grande tendance à ne pas penser à la syphilis, maladie honteuse ; on incrimine si volontiers l' « artério-sclérose » pour l'aorte, l'éthylisme pour le foie, l'arthritisme pour les arthropathies !

Tantôt le malade cache ou ignore sa syphilis et pourtant le diagnostic est encore facile, car il existe des *stigmates de syphilis* sur le malade lui-même, stigmates qu'il est facile de trouver à condition de les chercher : cicatrices, exostoses, leucoplasie surtout ; ou bien encore on sait que le *conjoint* a une affection syphilitique ou parasyphilitique, par exemple, une femme atteinte de cirrhose du foie a un mari tabétique ou leucoplasique ; on découvre des stigmates d'hérédo-syphilis chez un des *enfants* du malade ; on apprend une série d'avortements, etc. Ce sont là des indices suffisants, mais on ne les trouve qu'en les cherchant.

Tantôt le diagnostic est impossible, on ne trouve rien ni sur le malade, ni sur sa femme, ni sur ses enfants ; le wasserlmann peut être négatif et pourtant un traitement d'épreuve amène une guérison rapide.

Le traitement d'épreuve reste donc la première et la dernière ressource.

Indications thérapeutiques générales. — Le traitement des localisations viscérales de la syphilis est le traitement habituel de cette infection.

Le *mercure* en est le médicament principal qu'il faut employer en premier.

L'*iodure de potassium* fait souvent merveille, surtout s'il y a des infiltrats à résoudre, des scléroses à enrayer, mais il faut se méfier des poussées congestives qu'il peut déterminer, notamment dans les syphilis pulmonaires. L'*iodure de fer* à la dose de 1 gr. 50 par jour est alors un succédané commode, moins congestionnant.

L'*arsenic à petites doses* (hectine, enésol) sera un adjuvant d'autant plus utile que souvent ces malades sont des affaiblis, des cachectiques. Au contraire, les 606, 914, 1151, etc., ne sont à recommander que dans des cas exceptionnels, car les lésions viscérales ont été citées par Ehrlich comme des contre-indications. Il faut craindre les dégénérescences épithéliales, les congestions viscérales, etc., on les réservera donc aux lésions rebelles au mercure et à l'iodure aux malades encore assez résistants : on emploiera les doses faibles 0,15 à 0,20 par exemple en injections huileuses musculaires.

On se souviendra que *le traitement doit être très prudent quand les glandes défensives de l'organisme (rein, foie) sont atteintes* ; nous avons déjà insisté sur les contre-

indications formés par les lésions rénales, nous y reviendrons à propos du rein et du foie.

Le traitement spécifique n'empêche pas les traitements médicaux symptomatiques et pathogéniques habituels : régime, cure d'air, etc., tout au contraire, ces traitements renforcent l'action du traitement mercuriel.

Parfois même il faut avoir recours au chirurgien pour pallier les accidents déjà produits : sténose pylorique, etc., car il est des cas où le traitement antisyphilitique arrive trop tard, lorsque les lésions sont irréparables : rétrécissement rectal, etc.

L'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoce se juge aux résultats obtenus ; ce que Balzer écrivait à propos de la syphilis pulmonaire peut être répété à toutes les localisations viscérales syphilitiques : le « pronostic dépend de la clairvoyance du médecin ».

*
* *

AFFECTIONS VISCÉRALES SYPHILITIQUES

Diagnostic et traitement

Il nous faut maintenant faire l'énumération des affections viscérales syphilitiques, résumer leurs signes diagnostiques et les indications thérapeutiques spéciales à chaque affection[1]. Il faut citer même les localisations

1. On s'étonnera peut-être que ce chapitre soit si court, alors qu'il s'enfle démesurément dans les traités de syphiligraphie ; mais il ne s'agit pas ici de faire un enseignement livresque, nous ne retenons que l'indispensable en pratique ; or en pratique nous n'avons besoin ni des historiques touffus, ni des longs chapitres d'anatomie et d'histologie pathologique, ni des ennuyeuses sta-

exceptionnelles, puisqu'un traitement sauveur peut les guérir.

Artères. — Les artérites syphilitiques sont les plus fréquentes des lésions viscérales et se retrouvent dans presque toutes les inflammations syphilitiques. La syphilis frappe toutes les artères, mais elle envahit avec prédilection l'aorte et les artères cérébrales. (Voir ci-dessous p. 303)

— *Artérite syphilitique périphérique sténosante* : **gangrène**. La douleur exagérée par les mouvements, les douleurs irradiant dans le membre, la claudication intermittente, la sensation d'engourdissement et de froid marquent le début de l'artérite. Si l'artère est superficielle, on sent un cordon dur, saillant, très douloureux. Cette période prémonitoire dure ordinairement plusieurs semaines (artérite à début lent) et aboutit à une sténose progressive ou d'emblée.

L'oblitération se traduit par les signes habituels ; peau froide, blanche ou livide, insensible, bien qu'il existe des douleurs spontanées, et bientôt apparaît la gangrène.

C'est seulement au début que le traitement antisyphilitique peut être curateur ; à la période de gangrène, il ne peut servir qu'à limiter les dégâts.

— *Artérite ectasiante.* — Les **anévrysmes syphilitiques** déjà décrits par Ambroise Paré, se traduisent par les symp-

tistiques étiologiques surchargées de noms : sur l'âge, le sexe, les saisons, les traumatismes, etc.! Il faut avoir le courage d'avouer que le plus souvent les syndromes cliniques des affections syphilitiques ne diffèrent en rien de ceux des affections dues à d'autres causes, il est donc inutile de faire la description des néphrites, aortites etc., bien connues des médecins. Le plus souvent ce n'est pas, grâce à tel ou tel symptôme, que l'on fera le diagnostic de lésion viscérale syphilitique, mais en pensant systématiquement à la fréquence de l'étiologie syphilitique ; les *indications cliniques que nous devons donner se bornent donc à l'énumération des types cliniques et des signes spéciaux, utiles au diagnostic, quand ils existent.* Sinon il nous faudrait faire ici la description de toute la pathologie du rein, du foie, du cœur, etc.

tômes habituels des ectasies artérielles. Les plus fréquents sont les gros anévrysmes sacriformes de l'aorte, le petit anévrysme limité à type récurrentiel, les anévrysmes cupuliformes multiples de l'aorte, les anévrysmes des artères des membres, etc.

Le traitement antisyphilitique a donné des guérisons si inattendues et la fréquence de l'étiologie syphilitique des anévrysmes est si grande que systématiquement on doit donner le traitement dans tous les cas d'anévrysme, même dans ceux qui semblent traumatiques.

Aorte. — Les aortites syphilitiques dont il faut souligner la fréquence, revêtent des formes multiples qui ont reçu les épithètes anatomiques les plus variées : aortite segmentaire, a. diffuse, a. scléreuse, a. en plaques, a. gommeuse, panaortite scléreuse, etc. Ce qu'il faut retenir c'est que cliniquement l'aortite syphilitique peut réaliser *toutes les formes d'aortite : aussi, dans toutes les lésions de l'aorte, doit-on tenter le traitement spécifique* : la constatation du *signe d'Argyll-Roberston*, particulièrement fréquente ainsi que l'ont montré Babinski et Charpentier, facilitera le diagnostic.

— **Aortite subaiguë** avec douleur, etc., assourdissement du bruit, peu connue et pourtant très importante à dépister, car le traitement peut intervenir avant que les lésions ne soient irréparables.

— **Aortite diffuse avec dilatation** : « **Maladie de Hogdson** ».

— **Insuffisance aortique** accompagnée le plus souvent de douleurs angoissantes, de sensations, d'étouffement.

— **Rétrécissement aortique** associé au signe d'Argyll-Robertson.

— **Angine de poitrine.** — Cette lésion (due suivant les uns à des lésions de coronaires, et, suivant les autres de plus en plus nombreux, à une névrite des plexus aortiques

irrités par l'aortite) est *très fréquente*, si fréquente que l'on doit, même en l'absence de tout soupçon, donner toujours le traitement aux angineux : mercure et iodure. Les signes, l'évolution, les formes étant les mêmes quelle que soit l'origine de l'angine, le traitement d'épreuve est en effet le seul moyen de faire le diagnostic, il amène une guérison rapide s'il n'intervient pas trop tardivement. On comprend toute l'importance de cette notion étiologique qui change du tout au tout le pronostic d'un syndrome dont la mort subite est la terminaison habituelle.

— **Anévrysme aortique.** — La syphilis peut créer toutes les formes d'anévrysmes : elle est la cause la plus fréquente, sinon unique, des anévrysmes cupuliformes à type récurrentiel.

Myocarde. — *Troubles fonctionnels de la période secondaire*, constituant plutôt une manifestation du « nervosisme secondaire » : palpitations, tachycardie, voire même arythmie inconsciente, angoisse précordiale, polypnée.

— *Myocardite gommeuse* atteignant surtout le ventricule gauche, se traduisant par des symptômes vagues non caractéristiques : palpitation, angoisse, dyspnée, suffocation.

Les complications graves sont fréquentes : asystolie, œdème aigu du poumon, hémoptysie, **mort subite.** Les gommes peuvent produire des anévrysmes des valvules, de la cloison intraventriculaire, de la pointe du cœur, aboutissant parfois à la rupture. L'ulcération des gommes et leur évacuation dans le ventricule a pu donner des **embolies** pulmonaires ou cérébrales, parfois mortelles ; l'ulcération dans le péricarde a pu provoquer la rupture du cœur et la mort foudroyante.

— *Myocardite scléreuse et myocardite scléro-gommeuse* se traduisant par des crises d'angoisse, de l'arythmie, de la dilatation cardiaque, de l'asystolie à évolution très lente.

— *Syphilis du faisceau de His* donnant : le plus souvent le pouls lent, permanent **syndrome de Stokes-Adams** [1] avec toutes ses formes; quelquefois le syndrome de la **tachycardie paroxystique** dite « essentielle ». J'ai assisté à l'évolution d'une myocardite tachycardique qui peu à peu est devenue brachycardique et a guéri par le traitement mercuriel, la malade avait présenté tour à tour les deux syndromes. Devant toute arythmie cardiaque chronique, le médecin a donc le devoir de tenter le traitement d'épreuve antisyphilitique.

— *Endocardites mitrales* exceptionnelles, résultant peut-être de la sclérose de lésions plastiques de la période secondaire.

— *Endocardites latentes du revêtement ventriculaire*, primitives ou consécutives à des gommes myocardiques.

— *Péricardites*, consécutives, à des lésions myocardiques et sans existence propre, restant silencieuses. L'épanchement séro-fibrineux atteignait 200 grammes dans le cas de Huchard et Fiessinger.

Veines. — *Phlébite secondaire*, débutant d'ordinaire 2 à 6 mois après le chancre. Le plus souvent elle est insidieuse et indolente, découverte par hasard. Rarement le début est brusque et douloureux. Exceptionnellement il s'accompagne de fièvre et de troubles généraux.

Tantôt, et le plus souvent, la phlébite est superficielle, « segmentaire » partielle, ou « totale » généralisée à toute la longueur de la veine, ou fragmentée moniliforme, les segments malades alternant avec les segments sains. La phlébite

1. A côté du pouls lent par myocardite syphilitique, bien mis en évidence par Vaquez et Esmein, il existe des cas indéniables de brachycardie permanente avec attaques syncopales par lésion bulbaire syphilitique. Brissaud en a cité un bel exemple dans ses leçons (1899), on trouva à l'autopsie un vaste syphilome cérébelleux enclavant le lobule du pneumogastrique.

peut être double d'emblée et symétrique (Roussy), ou multiple, frappant simultanément ou successivement plusieurs segments veineux sur un même malade (Gaucher). La veine malade forme une plaque saillante, rosée, un peu œdématiée, au centre de laquelle on perçoit le cordon induré du vaisseau thrombosé. L'indolence est habituelle, rarement les mouvements provoquent des douleurs vives qui immobilisent le membre. Il n'y a ni circulation collatérale, ni adénite.

Tantôt et plus rarement, la phlébite est profonde ; le membre se tuméfie, devient blanc ou blanc livide, indolent, douloureux parfois à l'occasion des mouvements et pendant la marche.

L'évolution est lente et dure de 4 à 6 semaines, elle ne s'est jamais compliquée d'embolie.

Le diagnostic est facile avec les lymphangites syphilitiques dont les cordons ne suivent pas les trajets veineux et gagnent les ganglions.

— *Phlébites tertiaires.* — Elles frappent les veines des membres, du cou, des viscères. Elles donnent : — sur les veines superficielles des membres, des noyaux durs, des gommes qui s'ulcèrent; — sur les veines profondes du cou et des membres, des tuméfactions profondes douloureuses, de l'œdème qui vont jusqu'à réaliser le tableau classique de la phlegmalia alba dolens; — sur la veine porte, des pyléphlébites, etc...

Sang. — Les troubles de l'hématopoïèse sont fréquents : *anémie, chloro-anémie, chlorose* du début du chancre et de la période secondaire.

L'infection syphilitique peut même réaliser le syndrome de l'**anémie pernicieuse** et peut-être des syndromes leucémiques.

Elle est la cause manifeste de certains *purpuras* et de la plupart des *hémoglobinuries paroxystiques a frigore* : plu-

sieurs observations de guérison ont été obtenues par le traitement mercuriel.

La syphilis peut créer le syndrome des *ictères hémolytiques congénitaux* de Chauffard, ou *acquis* de Widal, soit par diminution de la résistance globulaire, soit par hémolysinémie, ainsi que l'ont montré Gaucher et Giroux.

Vaisseaux lymphatiques. — Lymphangites secondaires de la verge et des membres, uniques ou multiples, donnant un ou plusieurs petits cordonnets, durs, de 4 à 15 centimètres de long, indolents, roulant sous le doigt, aboutissant aux ganglions normaux ou tuméfiés. — La lymphangite de la verge peut être nodulaire et simuler un chancre (*Chancre redux*).

Lymphangites tertiaires se traduisant par les mêmes symptômes que les lymphangites de la période secondaire ou s'entourant de périlymphangite scléreuse donnant des plaques sous-cutanées échelonnées, reliées par un cordon induré.

Ganglions lymphatiques : Polyadénopathie de la période secondaire à peu près constante, précédant même exceptionnellement l'explosion secondaire, durant plusieurs mois, disparaissant au bout de un deux, trois ans.

Adénites hypertrophiques localisées sous-maxillaires, cervicales, inguinales..., ou multiples, souvent à la fois syphilitiques et tuberculeuses.

Adénites gommeuses frappant surtout les groupes profonds : iliaques, lombaires, cœliaques mésentériques, médiastinaux, donnant tantôt une gomme avec son bourbillon et son ulcération, tantôt une infiltration scléreuse.

Ces adénites peuvent déterminer des troubles variés de compression. Verneuil a vu une adénite tertiaire inguinale devenir phagédénique, dénuder les vaisseaux, ouvrir la saphène et déterminer la mort par ulcération de la fémorale.

Larynx. — *Laryngites syphilitiques secondaires*, survenant chez 55 p. 100 des syphilitiques secondaires non traités, du troisième au sixième mois surtout, favorisées par les abus de voix, d'alcool, de tabac, les coups de froid, les affections laryngées antérieures. Elles se traduisent par une fatigue rapide de la voix, de la raucité spécialement sèche et dure (raucedo syphilitica) et même par de l'aphonie, par du toussotement et des « hum », pour chercher à débarrasser le larynx.

L'aspect laryngoscopique est variable :

— *Rougeur sombre*, (scarlatinoïde), diffuse, froide.

— *Plaques muqueuses*, lésion la plus fréquente. Elles siègentsurtout sur le bord libre de l'épiglotte, apparaissant sous forme de petites érosions grisâtres diphtéroïdes séparées les unes des autres par des segments de muqueuse indemne; ou bien elles envahissent le bord interne des cordes vocales inférieures, se présentant en ce point sous la forme de taches jaunâtres allongées à peu près symétriques, qui forment par leur réunion, quand les deux cordes se touchent, une sorte d'ellipse; le reste de la corde vocale est rouge vif, ce qui fait ressortir le liséré jaunâtre du bord libre érodé.

— *Papules*, analogues aux papules cutanées, envahissant surtout les cordes vocales.

— *Infiltrations œdémateuses* surtout sous-glottiques, et pouvant aller jusqu'à l'**œdème de la glotte** asphyxiant, parfois mortel.

— *Syphilome laryngé*, exceptionnel, apparaissant à la fin d'une période secondaire grave : la totalité muqueuse est rouge et tuméfiée, parfois envahie par une infiltration considérable.

— *Paralysies des cordes vocales* qui se placent en adduction permanente. Elles résultent de la compression du nerf récurrent par des ganglions, exceptionnellement d'une **périchondrite**. . . . . .

En dehors de l'œdème de la glotte qui met rapidement la vie en danger, les laryngites ne sont graves que pour l'intégrité de la voix : les récidives sont fréquentes, la voix reste compromise, même quand la muqueuse semble redevenue normale au laryngoscope : la voix parlée est moins atteinte que la voix chantée qui reste altérée.

Au traitement général mercuriel sans iodure, on pourra ajouter, deux ou trois fois par semaine, des cautérisations avec un porte-ouate imbibé de chlorure de zinc au 1/20 et *bien exprimé*, le malade se condamnera au silence, ménagera sa voix. Le tabac, l'acool, etc. sont formellement interdits. On cessera l'iodure si on en donnait auparavant.

— *Syphilis tertiaires laryngées.* — Les gommes localisées ou les infiltrats gommeux plus ou moins diffus ulcèrent ou sclérosent le larynx, attaquant par ordre de fréquence décroissante : l'épiglotte, les cordes vocales supérieures et inférieures, le vestibule glottique, la région aryténoïde, la région sous-glottique.

Ces lésions se traduisent au début par de la raucité de la voix, d'ordinaire très accentuée et par de la dyspnée glottique.

Les images laryngoscopiques sont variables :

— Gomme unique, habituellement saillante, hémisphérique ou allongée ellipsoïde, rouge vif si elle n'est pas encore ulcérée, ou tachée de jaunâtre au point le plus saillant si elle s'apprête à s'ouvrir ;

— Ulcérations gommeuses profondes, taillées àpic, sèches, au contraire des lésions tuberculeuses, perforant, détruisant l'épiglotte parfois en totalité ;

— Syphilides tubéreuses, hypertrophiant irrégulièrement les cordes vocales, les chargeant de nodules de condylomes ; allant jusqu'à déterminer l'asphyxie et réclamer la trachéotomie ;

— Périchondrites, surtout aryténoïdiennes, pouvant aller jusqu'au phlegmon et à l'élimination de sequestres;

— Sclérose cicatricielle : adhérence de l'épiglotte à la base de la langue, bossellement scléreux déformant partie ou totalité du larynx, adhérences sous-glottiques fixant les cordes inférieures, *sténoses cicatricielles*, myosites cicatricielles interstitielles envahissant surtout les cryco-arytenoïdiens postérieurs.

— Paralysies des cordes vocales par névrite récurrentielle.

— Leucoplasies pouvant dégénérer en **cancer** ; etc.

Le diagnostic avec la tuberculose peut être d'autant plus difficile qu'il existe des hybrides syphilo-tuberculeux.

Le pronostic est grave, et par les complications d'œdème, de la glotte, et par les destructions, scléroses, adhérences, sténose, etc., qui amènent au tubage ou à la trachéotomie passagère ou définitive. On pourra tenter la laryngotomie, les greffes de Thierch et même la transplantation de cartilages costaux, pour reconstituer le larynx.

Trachée et bronches. — *Trachéo-bronchite secondaire*, se traduisant par un chatouillement sous-laryngé et rétro-sternal persistant, par une toux quinteuse et fréquente suivie d'une expectoration rare, quelquefois sanguinolente, de la raucité de la voix. Elle s'associe le plus souvent à des lésions laryngées.

Au laryngoscope Seidel, Mackenzie ont pu voir de l'hyperémie, des taches rouges et violacées, un peu d'exsudat et même des plaques muqueuses de la trachée.

On devrait rechercher le tréponème dans l'expectoration.

Tantôt la trachéo-bronchite est passagère, survenant d'après Stokes peu après la contamination pendant la roséole et disparaissant dès que cette dernière est constituée.

Tantôt elle est plus tenace et récidivante, simulant la tuberculose, d'autant mieux qu'elle peut s'accompagner de

fièvre, d'anémie, d'amaigrissement (forme dénutritive, cachectisante) de la période secondaire. Elle ne disparaît que par le traitement mercuriel et est sans gravité immédiate.

— *Trachéo-bronchites tertiaires.* Tantôt ces trachéo-bronchites sont localisées, surtout à la portion terminale de la trachée, à sa bifurcation et à la naissance des grosses bronches.

Tantôt elles sont diffuses, s'étageant de la trachée jusqu'aux bronchioles; elles s'associent souvent à des rhino-pharyngites et laryngites, à des lésions médiastinales ganglionnaires et pleurales. Elles durent des mois et des années.

Elles se traduisent au début par les signes habituels d'une trachéobronchite subaiguë : sensation de chatouillement ou de corps étranger, parfois douleur assez vive et rétrosternale, toux sèche quinteuse, sans expectoration et sans dyspnée. Puis au fur et à mesure que s'accroissent les infiltrats, la dyspnée apparaît caractérisée par une respiration bruyante, une inspiration sifflante permanente, s'exagérant avec l'effort, pouvant provoquer des accès de suffocation la nuit surtout, l'expectoration reste nulle ou peu abondante, la voix n'est pas rauque sauf coexistence de laryngite. Ce stade correspond à des gommes localisées (« tumeur gommeuse »), arrondies, circonscrites, pisiformes ou lenticulaires, ou à une infiltration diffuse, à l'hyperémie et œdème de la muqueuse et souvent à des gommules miliaires.

Au bout d'un temps plus ou moins long, la toux devient moins sèche et s'accompagne d'expectoration, de crachats plus ou moins abondants muco-purulents, souvent striés de sang, parfois sanglants. La dyspnée, le sifflement inspiratoire, les accès s'atténuent ou disparaissent. C'est qu'en effet les infiltrats qui obstruaient la trachée et les bronches s'éliminent par ulcération. On peut entendre à l'auscultation un bruit de drapeau ou de soupape dû à des lam-

beaux flottants. Ce stade d'expectoration et de rémission correspond : tantôt à des ulcérations superficielles à bords indurés, à fond gris jaunâtre peu profond, — tantôt à des ulcères profonds à bords abrupts, décollés, à fond irrégulier gommeux qui dénudent et ulcèrent les anneaux cartilagineux; — tantôt et exceptionnellement, à des lésions térébrantes « phagédéniques », s'ouvrant dans le médiastin, l'aorte, l'artère pulmonaire.

Malheureusement cette *rémission est trompeuse.* Progressivement la cicatrisation des ulcérations et la sclérose des infiltrats déterminent de la sténose. Tandis que l'expectoration se tarit, le sifflement inspiratoire, le cornage, la dyspnée reparaissent et s'aggravent lentement, pouvant entraîner la mort par asphyxie lente ou par accès de suffocation. Ce stade de *rétrécissement* correspond tantôt à des cicatrices superficielles déprimées, souvent étoilées non sténosantes, tantôt à des cicatrices profondes formant des brides irrégulières parfois entrecroisées, réticulées, rétractiles et sténosantes. En raison du raccourcissement cicatriciel de la trachée, le *larynx est abaissé, et pendant la déglutition et la phonation, il reste immobile* (signes de Demarquay); il peut être, en outre, fixé aux plans profonds et dépourvus de mobilité latérale. L'auscultation des poumons ne révélerait que des lésions associées spécifiques ou des lésions d'infection secondaire; en effet, le malade peut être emporté par une affection secondaire, broncho-pneumonie et gangrène, congestion et œdème, infarctus, emphysème. La fin habituelle est la mort par asphyxie lente ou par brusque accès de suffocation; la trachéotomie est le plus souvent insuffisante puisque la lésion est basse, tracheo-bronchique; on peut essayer des sondes à demeure. La mort peut encore être hâtée par le phagédénisme terébrant, qui, ouvrant l'aorte, l'artère pulmonaire, donne une hemoptysie foudroyante, envahit le médiastin, etc. : c'est dire toute la gravité de cette trachéo-bronchite sténosante.

Puisque c'est après sa guérison que la trachéo-bronchite tue, il faut poser le diagnostic avant la période d'ulcération, donner le plus tôt possible du mercure, et de l'iodure à petites doses surveillées, des arsenicaux, sans oublier le traitement symptomatique : révulsifs, expectorants, inhalations balsamiques, etc.

Toutes ces lésions secondaires et tertiaires créent une prédisposition indiscutable à la *tuberculose* (Potain); les coexistences de lésions syphilitiques et tuberculeuses ne sont pas rares d'après Sergent, aussi, même lorsque la tuberculose s'affirme chez un syphilitique par la découverte de bacilles tuberculeux, n'est-il pas inutile de tenter un traitement antisyphilitique.

— *Bronchite localisée unilatérale*, exceptionnelle, comportant la même évolution en trois phases, mais avec moindre intensité des signes fonctionnels, puisqu'un poumon reste perméable : le tableau est celui d'une bronchite chronique unilatérale avec catarrhe; elle peut aboutir à la fièvre hectique et à la consomption, et simuler la phtisie tuberculeuse.

Poumons. — Les lésions pulmonaires syphilitiques sont variées, le plus souvent tardives, rares. Elles ne se traduisent par aucun symptôme spécifique et simulent d'ordinaire les diverses formes de la tuberculose pulmonaire, exceptionnellement les cancers, les hydatides pulmonaires, etc.

— **Phtisie vérolique**, pouvant présenter *tous* les symptômes de *toutes* les périodes de la tuberculose pulmonaire : toux, expectoration muco-purulente, hémoptysie exceptionnellement abondante, dyspnée, douleur intense s'il y a pleurite, sueurs, fièvre, amaigrissement, hecticité, etc,..

Parfois pourtant, on pourra soupçonner la syphilis en s'appuyant sur les signes suivants : contraste entre la gra-

vité des lésions pulmonaires et le bon état général d' « un phtisique florissant », — gommes à divers stades, depuis le nodule jusqu'à la caverne gommeuse et la cicatrice étoilée fibreuse, pouvant siéger dans toutes les régions *sans prédilection pour les sommets* (il est toutefois excessif de dire avec certains qu'une lésion du lobe moyen du poumon droit impose le diagnostic de syphilis), — lésions restant habituellement *unilatérales*, au contraire de la tuberculose, — apparition rapide des signes cavitaires succédant à des signes d'induration, et coïncidant avec une expectoration abondante.

Exceptionnellement, il y a eu une vomique très spéciale et caractéristique de masses blanchâtres bourbillonneuses « à surface granuleuse, de la grosseur d'un pois ou d'une fève, rondes ou ovales, de consistance élastique ou compacte. »

Le traitement mercuriel et ioduré a donné des guérisons inespérées alors qu'abandonnée à elle-même, la phtisie syphilitique est mortelle.

— **Syphilis scléreuses** (poumon ficelé). Elles résultent de la transformation des gommes, ou de la sclérose de la « pneumonie blanche » ; ces pneumopathies scléreuses chroniques, ces pneumonies interstitielles peuvent se compliquer d'emphysème, de bronchectasies, elles peuvent simuler la tuberculose fibreuse et aboutir comme elle à l'asystolie.

Devant toute bronchectasie, on doit donc penser à la syphilis, surtout si l'on ne trouve pas à l'origine de cette dilatation des bronches une broncho-pneumonie ou une gangrène pulmonaire.

La lenteur d'évolution, le bon état général, l'absence de broncho-pneumonie dans les antécédents, le *mélange* de plusieurs processus : bronchectasie, induration, caverne, pleurite, pourront faire penser à la syphilis. Trop souvent on ne devra pas compter sur les résultats du traitement d'épreuve car les lésions, trop anciennes et déjà scléreuses,

ne régressent pas : le traitement ne peut agir que sur les lésions récentes.

— **Poussées aiguës, au cours de syphilis pulmonaires chroniques.** Ces poussées ne sont pas rares, elles simulent soit une *broncho-pneumonie*, soit une **gangrène** *pulmonaire*, soit une *poussée subaiguë tuberculeuse*. Tantôt il s'agit d'infections surajoutées non syphilitiques; tantôt le processus est syphilitique, le traitement ou l'anatomie pathologique pouvant seuls faire le diagnostic. La nature syphilitique de la forme gangréneuse est très discutée.

— **Forme aiguë broncho-pneumonique.** Véritable phtisie galopante syphilitique, elle traduit la pneumonie blanche de l'adulte, homologue de la pneumonie blanche du nouveau-né de Virchow. Elle présente tous les symptômes de la tuberculose, sauf quelques nuances qui pourraient faire hésiter le diagnostic : localisation au lobe moyen ou inférieur, — discordance entre l'intensité de la dyspnée et le peu d'étendue des lésions, etc.

Enfin et surtout l'absence de bacilles de Koch, qui sont constants dans l'expectoration de la tuberculose aiguë, élimine le diagnostic de tuberculose; la constatation d'une syphilide cutanée ou muqueuse affirme la syphilis. Le traitement d'épreuve antisyphilitique trancherait les derniers doutes, car il procure une guérison merveilleusement rapide.

— **Forme aiguë pneumonique**, simulant la pneumonie caséeuse. Elle resta méconnue, se compliqua d'épanchement pleural abondant et se termina par la mort dans un cas de Balzer.

— **Associations syphilo-tuberculeuses.** Ces hybrides, très importants à connaître en pratique, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, ainsi que l'a bien montré Sergent, et « c'est probablement pour ces raisons que le *traitement mercuriel améliore et guérit souvent la tuberculose des syphilitiques*, lorsqu'il est institué en temps opportun et poursuivi suffisamment longtemps ».

Le diagnostic est d'autant plus délicat que la tuberculose chez d'anciens syphilitiques prend le masque de l'emphysème et de la sclérose pulmonaire : « sclérolate de tuberculose » de Landouzy.

Aussi chez tout syphilitique tuberculeux, même s'il existe des bacilles de Koch dans les crachats, doit-on tenter le traitement mercuriel, en s'abstenant d'iodure tant que persiste le soupçon d'une tuberculose.

Plèvre. — **Pleurésies secondaires.** Admises à la suite de Chantemesse et Widal, elles sont niées par Lancereaux, etc., qui croit à une pleurésie tuberculeuse chez un syphilitique. Elles apparaissent *parallèlement à des poussées* secondaires (pleurésie roséolique) ; elles sont sèches ou donnent un épanchement *peu abondant* ne dépassant pas un litre ; elles sont plus souvent *bilatérales* qu'unilatérales. Le plus souvent, elles sont *latentes*, révélées par l'auscultation ; d'autres fois elles se traduisent par le syndrome fonctionnel habituel des pleurésies, parfois par un syndrome phrénique. La durée est *courte* et leur *résorption est rapide par le traitement antisyphilitique.* Cytologiquement l'épanchement se caractérise par des mononucléaires petits, moyens et grands (macrophages) et par la présence d'éosinophiles. Ces signes ne sont pas suffisants pour éliminer la tuberculose et Landouzy recommande dans ce but, d'inoculer à des cobayes 20 à 30 centimètres de liquide pleural ou mieux le caillot provenant d'une plus grande quantité.

— **Pleurésies tertiaires.** Ce ne sont que des épiphénomènes, compliquant une syphilis pulmonaire ou médiastinale. Parfois elles paraissent cliniquement isolées, mai d'autres fois on peut reconstituer l'évolution en deux temps phase pulmonaire aiguë ou chronique, puis phase pleurale. L'épanchement est séreux, parfois louche, parfois hémorragique.

— **Péripleurésie syphilitique** consécutive à une

périostite costale syphilitique, se traduisant par les signes d'un épanchement peu abondant, simulant l'abcès froid pleural tuberculeux secondaire à une ostéite tuberculeuse costale et guérissant par le traitement mercuriel.

Médiastin. — Le syphilome médiastinal et l'adénopathie trachéo-bronchique tertiaires s'associent le plus souvent à la syphilis trachéo-bronchique ou pulmonaire, mais quelquefois ils peuvent être isolés.

Le syndrome est celui de toutes les compressions médiastinales avec une fréquence particulière de *l'oblitération de la veine cave supérieure*, c'est-à-dire du syndrome médiastinal supérieur.

D'autres fois, c'est autour des voies respiratoires et de leurs nerfs que se développe la médiastinite (formes respiratoires).

Plus rarement la médiastinite est diffuse donnant un syndrome complet.

Souvent il y a coexistence de médiastinite et d'anévrysme de l'aorte syphilitiques.

Œsophage. — Gommes crues ou ulcérées, déformant le conduit, pouvant provoquer la perforation, amener une fistule trachéo-œsophagienne et une bronchite septique.

Cicatrice de gomme ou syphilome diffus cicatriciel déterminant un *rétrécissement cicatriciel* fatalement progressif, confondu avec tous les rétrécissements œsophagiens et avec le cancer. Mais, à l'inverse du cancer, le rétrécissement syphilitique ne s'accompagne qu'exceptionnellement de compression des organes voisins. Il faut souvent ajouter au traitement général, un traitement local : dilatation très progressive afin de ne pas perforer l'œsophage, et, en attendant, pratiquer au besoin une gastrostomie.

Estomac. — *Gastrites chroniques*, avec ou sans gommes, donnant la plupart des syndromes dyspeptiques, en parti-

culier celui de la *dilatation atonique de l'estomac*. La résistance de la dyspepsie à tous les traitements habituels, les douleurs, l'amaigrissement, finissent par amener le malade à un état cachectique confondu avec le cancer; le chimisme gastrique est très variable, tantôt normal, tantôt diminué, parfois exagéré.

— **Ulcères**. Calquées sur l'ulcère simple de Cruveilhier, ces ulcérations en présentent tous les symptômes : douleurs transfixantes (qui parfois auraient le caractère spécial d'être à retours nocturnes), hématémèses, petites ou grandes, uniques ou répétées anémiant le malade, et même perforations, péritonite, etc.

— Cicatrices de gommes et d'ulcération donnant des *déformations stomacales* et surtout la **sténose pylorique**.

— Cicatrices de syphilome diffus aboutissant aux syndromes de la *linite plastique*.

— *Périgastrite fibreuse*, gênant l'évacuation gastrique, comprimant les organes voisins, le cholédoque en particulier (ictère) et parfois la veine porte (ascite).

— *Infiltrations gommeuses simulant le* **cancer** avec tous ses symptômes.

Intestin et côlon — Gommes et ulcérations; syphilomes diffus. Ces lésions donnent des symptômes d'entérite grave : *diarrhée chronique*, séreuse ou même sanguinolente, durant des années, rebelle à tout, amenant parfois une cachexie profonde *pseudo-cancéreuse*; elles peuvent déterminer des *hémorragies répétées* et aboutir à des *rétrécissements* le plus souvent multiples, qui alternent avec des dilatations.

L'infiltrat gommeux, exceptionnel, simule le cancer.

Appendice. — Les lésions dystrophiques lymphoïdes prédisposent à l'infection appendiculaire latente et à l'appendicite (Gaucher). Le traitement antisyphilitique a pu amender des appendicites chroniques (Howitz)

Côlon sigmoïde — Ulcérations donnant un *syndrome dysentériforme.*

Rectum. — Syphilome diffus sclèro-gommeux hyperplasique aboutissant au *rétrécissement rectal* et à sa symptomatologie habituelle, l'obstruction intestinale.

Les caractères spéciaux des rétrécissements syphilitiques sont d'être *uniques*, *placés bas*, presque constamment dans la région ampullaire à 3, 4, 5 centimètres au-dessus de l'anus ; ils sont donc accessibles au toucher, parfois même ils sont sphinctériens. Cylindriques, longs de 2 à 5 centimètres, plus évasés à leur partie inférieure, ils représentent donc un *entonnoir renversé* ; ils sont *dépourvus habituellement d'ulcérations et de cicatrices* ; leur surface est tantôt lisse, tantôt hérissée de *végétations, sans déviation* du rectum, sans infiltration diffuse du petit bassin ; les *parois sont sèches et propres*, alors que dans le cancer le doigt revient couvert de sanie fétide et sanguinolente. Le syphilome donne parfois des fistules, fréquemment des *fistules sèches* nées au-dessous de la sténose, exceptionnellement des ulcérations qui prennent le caractère phagédénique, creusent le périnée, allant jusqu'à transformer la région ano-génitale en un véritable cloaque.

Le traitement syphilitique est le plus souvent inefficace parce qu'il est trop tardif et ne trouve plus que des lésions scléreuses ; il n'a déterminé d'améliorations qu'au début, aussi serait-il important de soupçonner ce syphilome dès son début : malheureusement les symptômes sont alors des plus vagues et se réduisent à une constipation tenace ; il nous semble donc utile, chez tout syphilitique qui *devient* constipé, de se méfier de cette lésion et de pratiquer le toucher qui au début montrera un cylindre à parois fermes, les touchers rectal et vaginal combinés permettront d'apprécier l'épaisseur rigide des parois.

Un traitement chirurgical sera le plus souvent nécessaire :

dilatation prudente progressive, puis anus iliaque pour combattre l'obstruction et mettre le rectum au repos, ce qui permet une dilatation plus efficace; « mais, dit Fournier, la malade reste une infirme, sans espoir de guérison » ; c'est dire la gravité du pronostic du rétrécissement rectal syphilitique devenu scléreux.

Foie. — **Hépatites secondaires,** survenant dans les premiers mois de la syphilis, se traduisant :

Tantôt par un *ictère infectieux bénin*, identique aux ictères catarrhaux d'origine gastro-intestinale, mais *persistant* deux à trois mois, quand on ne le traite pas par le mercure, alors que la jaunisse banale ne dure guère plus de trois semaines. La fièvre est exceptionnelle et peu prononcée ne dépassant pas 38°, le foie est souvent hypertrophié;

Tantôt par l'*ictère grave* qui commence par une phase insidieuse d'ictère bénin puis brusquement se transforme en un ictère grave rapidement mortel.

— **Hépatites tertiaires**, anatomiquement et cliniquement *très variables*, *pouvant réaliser* **toutes les formes connues de cirrhoses :**

Les unes sont très spéciales : **foie ficelé**, *foie capitonné*, *foie sclérо-gommeux* donnent à la palpation des sensations caractéristiques qui facilitent le diagnostic bien que la tuberculose puisse réaliser les mêmes aspects. Elles s'accompagnent ou non d'ascite, d'ictère, etc.; l'ascite est habituellement *tardive*, le liquide est rarement abondant et se reproduit lentement ; la *rate est grosse* ; *l'ictère* est rare et son absence est pour Rendu un signe diagnostique; les douleurs sont sourdes.

Les autres nullement caractéristiques ne présentent aucun symptôme clinique qui leur soit propre : — *cirrhose hypertrophique* anascitique ou avec ascite tantôt citrine, tantôt bilieuse verte, tantôt hémorragique, tantôt chyleuse ; — *cirrhose hypertrophique biliaire d'Hanot* dont la variété syphi-

litique a été décrite par Hanot lui-même ; — *cirrhose hypersplénomégalique avec ictère*, et parfois sans ictère ; — *cirrhose atropho-hypertrophique*, atrophique dans un lobe, hypertrophique dans un autre, pouvant simuler une cholécystite, un cancer, etc. ; — *cirrhose atrophique*.

Le diagnostic des hépatites syphilitiques prête à de nombreuses difficultés :

Assez souvent le foie syphilitique, gros, inégal, bosselé, douloureux, est pris pour un cancer nodulaire (forme *pseudo-cancéreuse*), d'autant que l'amaigrissement, le teint terreux témoignent d'une cachexie profonde, que l'ascite peut être hémorragique, que l'œdème des jambes n'est pas rare ; mais, à l'inverse du cancer, la rate est grosse, souvent très grosse ; les douleurs sont sourdes, peu vives ; l'ascite est plus fréquente ; l'ictère au contraire plus rare ; il n'y a pas de lésions antérieures de l'estomac qui puissent faire penser à un cancer gastrique primitif.

Parfois des gommes géantes envahissent et soulèvent la paroi abdominale, simulant un cancer, parfois un kyste hydatique, exceptionnellement un abcès hépatique, etc.

La liste des *erreurs de diagnostic* est donc longue : jaunisses banales, ictère grave, cirrhoses alcooliques, cirrhoses biliaires, cholecystites, péritonite tuberculeuse, tuberculose du foie, paludisme, kyste hydatique, abcès, etc., et surtout cancer [1].

Le traitement reste d'une merveilleuse efficacité jusqu'à une période avancée ; souvent il sauve des cas désespérés, des « cancéreux », des cirrhotiques cachectiques, mais sou-

1. Parfois associé au paludisme, l'hépatite syphilitique (cirrhose paludo-syphilitique) est traversée de poussées fébriles, d'accès intermittents. Exceptionnellement l'hépatite syphilitique pure s'accompagne de fièvre et peut simuler une fièvre typhoïde. Dans un cas de Fournier, une exostose frontale fit faire le diagnostic ; un traitement mercuriel guérit la fièvre et la périostose.

vent aussi lorsqu'il est appliqué trop tard, il ne parvient pas à enrayer la cachexie, la mort survient, malgré le traitement; nous nous demandons même, si alors le mercure n'est pas mal toléré par le foie et ne peut aggraver les lésions hépatiques, de même que le mercure n'est pas supporté par le rein trop malade et accentue les lésions de la néphrite antérieure.

— *Périhépatite* contribuant à déterminer des phénomènes de compressions pylorique, duodénale, portale, cholédocienne ou donnant des masses infiltrées prises pour des cancers . . . . . .

On devrait donc surveiller davantage le foie des syphilitiques, et avec autant de soin que le rein. On trouverait dès la période secondaire des signes avertisseurs : hypoazoturie, urobilinurie, glycosurie alimentaire et même glucosurie spontanée, qui devraient faire craindre des complications tardives et permettraient sans doute de les prévenir, grâce à un traitement antisyphilitique et anticirrhosique qui ménagerait le foie. Il va sans dire que l'association de ces deux traitements est encore plus nécessaire dans les lésions hépatiques constituées.

Rate. — Splénomégalie précoce de la période secondaire, parfois très prononcée, latente ou déterminant de la pesanteur dans l'hypochondre.

Splénomégalies tardives, tertiaires, tantôt isolées, dues à une splénite diffuse avec ou sans gommes, tantôt associées à des cirrhoses du foie, à une dégénérescence amyloïde de plusieurs viscères.

Pancréas. — Pancréatite gommeuse latente. Pancréatite sclereuse ou scléro-gommeuse se traduisant par un syndrome de *dyspepsie pancréatique* : dégoût pour les matières grasses, stéarrhée, donnant exceptionnellement le syndrome du **diabète** *maigre.*

Glandes salivaires. — Hypertrophie subaiguë des parotides avec état lisse, brillant et parfois chaleur de la peau, avec thrismus et sialorrhée.

Tuméfaction de la sublinguale confondue avec un cancer.

Surrénales. — Les lésions sont très fréquentes mais le plus souvent latentes :

— Surrénalite secondaire parfois mortelle.

— Surrénalite gommeuse, ou sclero-gommeuse, ou scléreuse atrophique tertiaire ; surrénalite hypertrophique ; dégénérescence amyloïde, etc., se traduisant par un syndrome plus ou moins complet de **maladie d'Addison** ou par tout autre syndrome d'hypo-épinéphrie : syncopes, convulsions, et même la mort subite.

Plusieurs fois le traitement spécifique a amené la guérison, clinique tout au moins, de ces syndromes addisoniens (Chiperovitch, Beclère, Boinet, Gaucher et Gougerot). Or si l'on se souvient de la constante gravité de la maladie d'Addison tuberculeuse, on comprend l'importance de penser systématiquement à la syphilis devant tout syndrome addisonien. Le traitement syphilitique qui sera donné très prudemment, progressivement, ne contre-indique nullement l'opothérapie et l'on doit associer les deux traitements.

Corps thyroïde. — A la période secondaire, tuméfaction plus ou moins marquée (goître aigu syphilitique de Mauriac), pouvant réaliser le *goître exophtalmique*, secondaire ou tertiaire (Pierre Marie) et, de fait, trois basedowiennes de Penzold ont été améliorées par le traitement spécifique.

Thyroïdites gommeuses, sclero-gommeuses, scléreuses, très rares, donnant parfois des syndromes hypothyroïdiens et aboutissant au *myxœdème*. Elles déterminent exceptionnellement des symptômes de compression indolente à développement très lent : dyspnée continue et proxystique, dys-

phagie, raucité de la voix, paralysie récurrentielle. La lenteur, l'indolence, l'absence d'adhérence à la peau, de métastases, différencient la syphilis du cancer.

Hypophyse. — Gomme ou infiltration gommeuse réalisant l'*acromégalie* de Pierre Marie et ses symptômes accessoires : troubles oculaires, etc.

Syndromes pluri-glandulaires. — Les syndromes pluri-glandulaires (dont nous avons avec H. Claude donné la démonstration clinique et anatomique et dont nous avons montré la grande variabilité clinique) relèvent assez souvent de la syphilis : par exemple Gandy compte cette infection 3 fois sur 6 dans sa statistique.

Le plus souvent les lésions sont atrophiques ou scléreuses sans nodules spécifiques. Pourtant le malade de Dalché offrait une lésion spécifique vulgaire, une orchite syphilitique ; le malade de Carnot et Dumont avait une hypophyse gommeuse, etc.

On devra donc toujours rechercher la syphilis dans les syndromes pluri-glandulaires, faire une séro-réaction et tenter le traitement spécifique, en même temps que l'opothérapie pluri-glandulaire.

Urèthre. — Les lésions de l'urèthre sont exceptionnelles, presque toutes localisées à la région balanique, et presque toutes secondaires à une infiltration du méat. Au début on perçoit une infiltration indurée de l'urèthre en « manche de raquette », sur une étendue de 10 à 40 millimètres. Puis l'infiltrat s'ulcère, pouvant donner une perte de substance en « entonnoir ». Quelquefois la fonte gommeuse perfore l'urèthre, aboutissant à une fistule urèthro-pénienne.

Le syphilome indépendant de l'urèthre est encore plus rare ; dur au début (urèthre en tuyau de pipe), il s'ulcère bientôt, donnant une fausse blennorrhée ; l'ulcération peut « sortir » du canal, envahir le méat et le gland.

Corps caverneux. — En envahissant le prépuce, la gomme du corps caverneux simule une balano-posthite en s'ulcérant ; elle cause une caverne profonde et souvent une fistule chronique, si le traitement n'intervient pas.

Nodosité indurée, allongée « en balle de revolver », indolente, mais pouvant dévier la verge dans l'érection (strabisme de la verge : Ricord), cette lésion scléreuse, n'est guère influencée par le traitement.

Prostate. — Prostatite, caractérisée pas des douleurs périnéales spontanées, des troubles de la miction, un écoulement sanguinolent, une tuméfaction de la glande, curables par le traitement anti-syphilitique.

Cellulite diffuse, gommeuse, pelvienne, enveloppant et comprimant les organes du petit bassin, simulant un *carcicome prosto-pelvien*, curable par le traitement.

Vessie. — Cystite douloureuse, avec ulcération ou avec « tumeurs », que l'on faillit opérer, ou avec hématuries, etc., toutes lésions curables par le traitement spécifique.

Testicule et Epididyme. — *Epididymite de la période secondaire* de Dron, caractérisée par des nodosités souvent bilatérales et chroniques, du volume d'un pois ou d'une olive, dures, le plus souvent indolentes, ne se ramollissant jamais, à contours nets, siégeant surtout dans la tête de l'epididyme au contraire des tubercules.

— *Orchite aiguë*, à début brusque, à symptomatologie inflammatoire, ressemblant à une orchite gonococcique, mais se transformant rapidement en une orchite chronique.

— *Orchite diffuse* et orchite scléro-gommeuse, envahissant tout ou partie de la glande. Le testicule est gros, « amplifié », souvent aplati « en galet », d'une dureté ligneuse, indolent ; sa surface est tantôt lisse et régulière, tantôt et plus

souvent elle est hérissée de petites saillies en grains de plomb ou en demi-pois enchâssés dans l'albuginée ; tantôt enfin elle est recouverte de plaques de blindage. L'epididyme et le testicule sont confondus en une seule masse ; parfois, en suivant le canal déférent comme fil conducteur, on parvient à reconnaître l'epididyme, qui est sain dans les deux tiers des cas, et parsemé de nodosités dans un tiers des cas. — S'il reste une partie saine de glande, on la reconnaît à sa souplesse et à sa sensibilité spéciale.

Le diagnostic est facile, car la tuberculose a un autre aspect, elle débute par l'epididyme et y prédomine toujours ; elle coiffe le testicule d'une masse douloureuse, plus diffuse, en cimier de casque ; elle envahit le déférent, les vésicules séminales, la prostate. Les cancers ont une évolution rapide, douloureuse, aboutissant à une cachexie rapide. L'hématocèle est la cause d'erreur la plus fréquente, la surface est plus lisse, la ponction ramènera un sang noirâtre.

L'évolution est très lente. Si elle n'est pas interrompue par le traitement, elle aboutit au ramollissement ou à l'atrophie.

Le ramollissement s'annonce par des douleurs qui contrastent avec l'indolence antérieure de l'orchite ; la surface se bossèle ; la peau devient adhérente, rouge, œdémateuse ; la gomme se ramollit, devient fluctuante et finit par s'ulcérer ; la tuméfaction donnant un ulcère gommeux, caractéristique, bourbillonneux. Le diagnostic est facile, avec les ulcérations tuberculeuses, déprimées, étroites, irrégulières, qui siègent à la région postéro-interne du scrotum et laissent écouler un séro-pus spécial.

Parfois l'ulcération en bourgeonnant donne ce qu'on appelait le fongus, véritable hernie du testicule qui a pu être confondu avec un cancer dont il n'a ni la dureté ni la gravité.

Le plus souvent l'ulcération se cicatrise, laissant une dépression, reliée par un cordon fibreux à la glande.

L'atrophie donne un « moignon inutile », « un haricocèle ».

L'orchite est souvent double, amenant alors, par une « véritable castration sous-albuginée », l'infécondité, puis l'impuissance.

Hydrocèle. — Petite ou grande, associée à une épididymite secondo-tertiaire qu'elle voile, ou à une orchite tertiaire. Un certain nombre d'hydrocèles « essentielles » sont syphilitiques et relèvent du traitement spécifique.

Canal déférent. — Gommes uniques ou échelonnées.

Utérus. — Ménorragies et métrorragies syphilitiques, dues à une métrite ou à des artérites : il faut savoir les distinguer des métrorragies d'autres causes que peuvent favoriser ou rappeler les traitements iodurés et arsenicaux.

— Gommes utérines bosselant l'utérus de nodosités dures, empâtant les culs-de-sac d'une tuméfaction dure œdémateuse, simulant des *fibromes* ou le *cancer*.

— Sclérose utérine du col donnant un *rétrécissement du col*.

— Métrite par sclérose utérine total, donnant une hypertrophie dure de l'utérus, pouvant aller jusqu'au gigantisme utérin et être suivie d'atrophie. Elle se traduit par des poussées douloureuses, des métrorragies, de l'écoulement muqueux.

— Syphilides ulcéreuses du col, indolentes, découvertes par hasard. Elles sont plus creuses, plus lisses, moins granuleuses, les bords sont plus entaillés que les ulcérations dites inflammatoires métritiques.

— Syphilides ulcéreuses du corps simulant une endométrite par son écoulement et parfois le cancer par une ulcération profonde végétante.

— *Leucoplasie* du col et du corps dont on a pu suivre la transformation épithéliomateuse, et qui sans doute sert de base à la plupart des cancers. En détruisant cette **graine de can-**

cer on empêche le cancer de se développer, il y a donc grand intérêt à surveiller l'utérus des syphilitiques plus qu'on ne le fait actuellement, de même que l'on doit surveiller la langue des leucoplasiques.

Ovaires et Trompes. — Lésions mal connues : congestion — ; gomme, puis sclérose atrophique des trompes ; — gommes et infiltration sclèro-gommeuse, puis atrophie des ovaires donnant la symptomatologie des *salpingo-ovarites* que le mercure guérit.

Avant donc de tenter une opération, il y a lieu, chez les syphilitiques, d'essayer le traitement mercuriel d'épreuve.

Mamelle. — En dehors des chancres, papules secondaires, gommes typiques qui ne présentent rien de spécial, la mamelle peut être atteinte de mastite syphilitique diffuse secondaire, de mastite gommeuse tertiaire simulant le cancer « **cancer vérolique de la mamelle** » des anciens (Boissier de Sauvages, 1758).

Le diagnostic de syphilis s'appuie sur les antécédents, l'évolution rapide, les adhérences précoces, l'absence de ganglions, les ulcérations gommeuses typiques.

Reins. — La syphilis peut donner la plupart des lésions rénales connues, et il n'y a plus lieu de discuter l'accusation portée autrefois contre le mercure ; pourtant il faut se souvenir que le mercure peut exagérer les lésions *déjà existantes*.

Les lésions rénales apparaîtraient plus fréquentes si on examinait systématiquement les urines des syphilitiques. Elles méritent une attention particulière en raison des difficultés thérapeutiques qu'elles soulèvent. On observe :

— 1° *Albuminurie simple*, c'est-à-dire albuminurie sans troubles fonctionnels. Elle coïncide habituellement avec la roséole ou avec des éruptions. La quantité d'albumine

oscille autour de 0,30 à 0,50, elle n'est pas proportionnelle à la gravité de l'infection syphilitique; elle ne s'accompagnerait pas de cylindrurie (?). Elle dure trois semaines environ, elle est d'autant plus tenace qu'elle apparaît plus tardivement et qu'elle coïncide avec des lésions cutanées plus graves. Le traitement mercuriel guérit rapidement cette albuminurie. Les erreurs de diagnostic sont faciles à éviter avec l'albumine d'une cystite, d'une urethrite blenorragique, d'une prostatorrhée, avec l'albuminurie d'une lésion antérieure rénale non syphilitique, par exemple saturnine.

— 2° *Néphrite aiguë ou subaiguë secondaire.* — C'est le type le plus connu et le plus grave des néphrites syphilitiques.

Cette néphrite est précoce, survenant d'ordinaire deux à six mois après le chancre, elle coïncide donc soit avec la roséole, soit avec les éruptions secondaires. Toutes les causes occasionnelles des néphrites, en particulier le froid, le surmenage, peuvent favoriser son apparition. Son début et sa symptomatologie, son évolution sont aussi variables que dans la néphrite scarlatineuse. Le tableau clinique ne comporte aucun symptôme spécial, sauf l'intensité de l'albuminurie qui atteint 10, 15, 20, parfois 60, 100 et 110 grammes par litre ! Aussi, devant toute néphrite sans grands symptômes fébriles et avec grosse albuminurie, doit-on systématiquement penser à la syphilis.

Il existe des formes *bénignes* qui ne durent que quelques jours et guérissent facilement; — des formes moyennes qui se transforment en néphrite chronique; — des formes *graves et lentes* qui tuent au bout de deux à trois mois par œdème glottique, infections secondaires; — des formes graves rapides qui tuent par urémie en quelques semaines; — des formes *anuriques* rapidement mortelles.

— 3° *Néphrite subaiguë et chronique* (néphrite diffuse, mixte, gros rein blanc, etc.), succédant à la néphrite aiguë ou s'installant d'emblée vers la fin de la seconde année ou dans les années suivantes. Souvent elle s'associe à l'amylose

rénale et sa symptomatologie ne diffère en rien de celle des néphrites d'autre cause : œdème, albuminuerie, etc. ; l'hématurie est assez fréquente légère, récidivante. L'évolution est très lente, parfois entrecoupée de longues rémissions qu'il faut différencier des guérisons. Les malades guérissent ou versent dans la néphrite atrophique scléreuse, ou meurent d'urémie, de cachexie, d'accidents cardio-pulmonaires, d'infections cutanées, etc.

— 4° *Néphrite scléreuse atrophique lente*, secondaire à l'une des néphrites précédentes ou survenant d'emblée. Cette néphrite est isolée ou associée à une cirrhose scléro-gommeuse du foie qui en facilite le diagnostic étiologique ; la symptomatologie est celle de toutes ces néphrites lentes : albuminurie légère intermittente ou continue, etc. ; pourtant les signes cardio-artériels sont, dit-on, moins marqués, l'évolution est moins lente.

— 5° *Gommes du rein*, limitées ou diffuses, latentes ou se traduisant par la gommurie : brusquement l'urine devient trouble, rougeâtre, puis redevient normale après plusieurs heures ou plusieurs jours. Exceptionnellement le rein bosselé et tuméfié, la cachexie simulent un cancer. Exceptionnellement les gommes se fistulisent à la région lombaire, simulant une tuberculose rénale.

Comme dans toutes les syphilis viscérales, on fait le diagnostic en y pensant et en cherchant. Dans le cas de doute, le traitement sert d'épreuve diagnostique.

Traitement. — Les lésions rénales sont les plus difficiles à traiter de toutes les lésions syphilitiques. On ne doit donner le mercure que si le rein est suffisamment perméable ; sinon on risquerait d'ajouter à la néphrite syphilitique une néphrite toxique mercurielle, et c'est ce qui explique que tantôt le traitement antisyphilitique réussisse si bien et que tantôt il aggrave les lésions.

Toutes les fois que l'on veut instituer un traitement anti-

syphilitique il faut donc examiner les urines du malade, même s'il ne présente aucun signe rénal.

Lorsqu'il y a albuminurie, le traitement ne doit commencer qu'après vérification de l'état des fonctions rénales. Suivant le conseil de Gaucher, on fait le rapport azoturique.

Si ce rapport est inférieur à 0,80 il faut différer le traitement antisyphilitique, et, en attendant, appliquer le traitement hygiénique et symptomatique des néphrites : repos au lit, régime lacté, ventouses scarifiées dans les néphrites aiguës, régime lacto-végétarien déchloruré de Widal, dans les néphrites subaiguës et chroniques ; on refait 4 ou 8 jours plus tard un nouveau rapport azoturique.

Si le rapport est supérieur à 0,80 le traitement spécifique doit être appliqué mais avec prudence et en surveillant le malade : on commence par de faibles doses de mercure : 0,005, puis 0,01 de benzoate, en piqûre ou 0,02, puis 0,05, 0,10 de tannate de mercure en pilules ; l'ingestion d'eau sulfureuse aidera l'élimination du mercure. Tous les jours on recueille la totalité des urines dans un bocal gradué et l'on fait un tube d'Esbach : si la quantité d'urine diminuait sans cause connue et si la quantité d'albumine augmentait, on arrêterait aussitôt le traitement mercuriel et on referait un rapport azoturique.

L'iodure à faibles doses peut et doit être associé au mercure, toujours en surveillant les urines : on commencera par 0,50 d'iodure de sodium. Dans certains cas de néphrite subaiguë et chronique, dans l'amylose, l'iodure agit mieux et est mieux supporté que le mercure, on donnera jusqu'à 2, 3, 4 grammes d'iodure de potassium.

Le traitement, fragmenté en périodes courtes de deux semaines avec repos fréquents, sera prolongé pendant plusieurs mois, tout en continuant le traitement général hygiénique des néphrites. Dans certains cas de néphrite amyloïde, Bartels a vu le traitement ioduré n'amener la guérison qu'au bout de 5 et 7 ans.

Les indications des arsenicaux sont très discutées (v. p. 90).

Polyviscérites. — Enfin il n'est pas rare que plusieurs viscères soient lésés simultanément :

Hépato-néphrites avec ascite, anasarque, albuminurie, guérissant avec rapidité par l'iodure et le mercure.

Dégénérescence amyloïde généralisée à tous les viscères et donnant la cachexie syphilitique.

Syndromes pluri-glandulaires endocriniens de Claude et Gougerot.

Lésions complexes, nerveuses, ou pancréatiques, ou hépatiques, réalisant un *diabète* syphilitique ou parasyphilitique, parfois conjugal, comparable au tabes conjugal, etc.

***

Cette longue liste prouve assez le polymorphisme des lésions viscérales syphilitiques ; elle doit inciter le praticien à soupçonner la syphilis partout et toujours dans les affections ci-dessus énumérées et dans toutes les autres affections viscérales. Si ce soupçon n'est pas exact, le médecin n'a risqué aucun danger. Au contraire, s'il s'agit de syphilis, il donne à son malade le bénéfice d'un traitement curateur.

Encore une fois, nous devons nous persuader de la fréquence de la syphilis et de ses lésions viscérales ; il faut nous souvenir que la syphilis peut tout reproduire, tout simuler, qu'elle existe dans les circontances les plus invraisemblables et que le traitement d'épreuve souvent institué sur intuition et sans preuve « a fait des miracles », a sauvé des malades perdus. « Lorsqu'on lui découvre une tumeur à l'épigastre, heureux le malade qui a eu la

vérole : » cette phrase de Ricord, on pourrait la répéter à propos de la plupart des affections viscérales et Sergent dit très justement à propos du syphilome médiastinal : « Si le médecin sait que la syphilis peut revêtir les allures d'une tumeur du médiastin, il n'hésitera pas, même en l'absence de toute probabilité apparente, à instituer le traitement d'épreuve ; il n'aura jamais à le regretter et ourra peut-être s'en réjouir ».

CHAPITRE XV

SYPHILIS ET PARASYPHILIS NERVEUSES

Généralités :

Fréquence et gravité pronostique des syphilis et parasyphilis nerveuses, p. 292. Elles frappent tous les territoires du système nerveux et revêtent toutes les formes possibles. Elles se rencontrent dans toutes les formes de syphilis bénignes ou malignes. Elles surviennent à toutes les périodes de la vie, d'où l'importance d'un diagnostic précoce, p. 293.

Prophylaxie des syphilis nerveuses : surveillance des malades, importance des causes prédisposantes (surmenages...), d'une mauvaise surveillance du malade, et surtout d'un traitement insuffisant, p. 294.

Localisations :

Syphilis cérébro-méningées, p. 298 : I. Céphalée, p. 299.

— — II. Insomnie, p. 301.

— — III. Méningites aiguës, subaiguës, chroniques, p. 301.

— — IV. Paralysies (diagnostic de l'hémiplégie syphilitique) (p. 302,.

— — V. Épilepsies partielles, généralisées, larvées, p. 305.

— — VI. Syndromes de tumeurs cérébrales, p. 306.

— — VII. Neurasthénie, p. 306.

— — VIII. Hystérie, p. 306.

— — IX. Psychoses, p. 306.

Paralysie générale progressive : Modes de début et diagnostic précoce, p. 307.

Syphilis médullaires. p. 311 : Polymorphisme des myélites : Paraplégie d'Erb. Diagnostic par la période prodromique : claudication intermittente, p. 312.

Radiculites syphilitiques : Sciatiques, p. 315.
Tabes. Diversité des modes de début, p. 316. Diagnostic précoce, p. 320.
Syphilis des nerfs craniens et périphériques. II (amaurose). III et VI (paralysies oculaires), V (névralgie faciale), VII, (paralysie faciale), VIII (surdité), etc., p. 325.
Syphilis oculaires. Iritis : Traitement d'urgence, p. 325.
Syphilis auriculaires : Labyrinthites, p. 328.

FRÉQUENCE ET IMPORTANCE DES SYPHILIS NERVEUSES. RÈGLES DE PRATIQUES

« Les syphilis et parasyphilis nerveuses constituent avec l'hérédo-syphilis le grand danger de la syphilis ».

(Fournier).

L'étude des syphilis nerveuses n'a d'égale en importance pratique que la question du mariage des syphilitiques et de l'hérédo-syphilis : en effet, pour la race, la gravité de la syphilis réside dans la procréation d'enfants hérédo-syphilitiques ; pour l'individu, la gravité de la syphilis se résume presque uniquement dans l'apparition des complications nerveuses. Ces complications sont, en effet, beaucoup plus redoutables que toutes les autres localisations de la syphilis : elles frappent le malade dans ses fonctions les plus nobles ; trop souvent elles sont irréparables, rebelles au traitement et, même lorsque le diagnostic est précoce, elles progressent parfois malgré tous les efforts thérapeutiques ; tabes, paralysie générale, hémiplégie, paralysie, cécité, surdité, folie sont les éternelles menaces qui tourmentent le syphilitique mal traité.

Il importe donc d'avoir toujours présentes à l'esprit les propositions fondamentales suivantes :

— Le diagnostic précoce des lésions nerveuses de la

syphilis doit toujours préoccuper le médecin, car ce sont elles qui *font la réelle* **gravité** *de la syphilis.*

— *La* **fréquence** *de ces redoutables complications est extrême.* Sur les 5 762 cas de tertiarisme de la statistique de Fournier, on ne compte pas moins de 1 851 de syphilis nerveuses, alors que les lésions cutanées ne dépassent pas 1 620 cas et les lésions muqueuses 915 cas, et pourtant que *d'affections nerveuses inexpliquées doivent être syphilitiques!*

— La syphilis peut frapper **tous** *les segments du système nerveux* : sur les 1 851 cas de Fournier, on trouve 758 cas de syphilis cérébrale et 86 de paralysie générale, 136 cas de syphilis médullaire, 628 de tabes et 45 de tabes cérébro-spinal, 110 de paralysie oculaire, 6 de monoplégies, 29 d'accidents cérébro-spinaux, 24 de névrites et atrophies musculaires, 23 d'hémiplégie faciale, 23 cas divers. En un mot la syphilis peut créer *presque* **tous les syndromes neurologiques** connus, même les névroses, les psychoses : *autrement dit, devant toute lésion nerveuse, il faut discuter l'étiologie syphilitique ; avant d'opérer, il est du devoir du praticien de tenter un* **traitement antisyphilitique d'épreuve.**

— Les syphilis nerveuses se rencontrent *aussi bien dans les syphilis bénignes* après un chancre « de rien » *que dans les syphilis graves* ; elles compliquent plus souvent même les syphilis bénignes et moyennes que les syphilis graves, peut être parce que les syphilis peu graves sont plus négligées et moins bien traitées. Il faut donc **traiter avec persévérance les syphilis les plus bénignes.**

— Les syphilis nerveuses, malgré qu'elles aient un maximum de fréquence de la 3e à la 10e année, menacent le syphilitique bien au delà de ce terme ; *on les a vus sur-*

venir 15, 20, 30, 40 et même 49 ans après le chancre, dans un cas de Milian. *Un syphilitique doit donc être* **surveillé toute sa vie** [1].

***

PROPHYLAXIE DES SYPHILIS NERVEUSES SURVEILLANCE DES MALADES

Puisque la syphilis nerveuse est aussi grave et aussi fréquente, une question passionnante se pose immédiatement : peut-on prévoir, et partant pourrait-on éviter ces terribles localisations nerveuses? Existe-t-il des prédispositions que l'on pourrait combattre et partant pourrait-on prévenir la syphilis nerveuse?

Dans la plupart des cas, on découvre des causes *prédisposantes personnelles* : *surmenage cérébral* provoqué, soit par une vie mondaine de dîners, de brigde, de soirées et d'excès de toutes sortes, soit par la responsabilité d'une affaire industrielle, soit par des travaux scientifiques ou littéraires assidus, soit par des préoccupations, des émotions, des chagrins, etc.[2]. Lanceraux et Gaucher accusent avec raison les excitations vénériennes et à plus forte

1. Fournier cite le cas d'un de ces malades qui eut un « chancre de rien », des accidents secondaires insignifiants ; et après dix-sept ans de tranquillité parfaite, il fut pris soudain d'accidents cérébraux : épilepsie, hémiplégie, démence progressive, rapidement mortels. De tels cas, heureusement très exceptionnels, sont la preuve qu'il ne faut jamais ralentir la surveillance.

2. Broadbent cite un cas de syphilis cérébrale qui semble avoir été favorisée par un traumatisme cranien. Une telle occurrence pourrait aujourd'hui susciter d'intéressantes discussions de pratique à propos de l'application de la loi sur les accidents du travail.

raison les excès de coït de prédisposer au tabes en épuisant la moelle, etc., etc. La sanction pratique est donc simple : il faut défendre au syphilitique toute espèce d'excès (v. Instructions au syphilitique, p. 41).

Dans certains cas, l'hérédité nerveuse a un rôle obscur mais manifeste. Il faut donc redoubler de surveillance chez de tels malades.

Malheureusement, ainsi que l'a montré Fournier, la syphilis n'a pas toujours besoin de causes prédisposantes ou déterminantes pour léser le cerveau ou la moelle. On connaît, sans qu'on sache pourquoi, des syphilis qui frappent avec prédilection le système nerveux, comme d'autres affectionnent les os ; on connaît des sources de syphilis qui donnent des syphilis nerveuses graves : témoin le cas de ces trois maîtres de la médecine contaminés à la même source qui moururent tous trois de paralysie générale.

Peut-on accuser un traitement défectueux, un défaut de surveillance, d'être la cause de ces syphilis nerveuses souvent inattendues?

Les fautes de traitement et de surveillance sont les causes les plus fréquentes des récidives syphilitiques quelles qu'elles soient; le syphilitique bien traité, longuement surveillé, doit donc se rassurer. Pourtant on cite des syphilitiques, « bien traités, en particulier des médecins syphilitiques, donc qui devaient connaître le danger, s'observer et se traiter, qui n'ont pas échappé à la syphilis nerveuse » ?... Mais quand on enquête sur ces cas, on voit que ces malades ont été plus négligents que d'autres.

On peut donc espérer qu'une surveillance *systématique*, *périodique*, de *tous* les *syphilitiques, même lorsqu'ils semblent bien portants,* surprendrait le début de ces

accidents nerveux et permettrait un traitement efficace, car il est bien rare que la syphilis frappe sans avertir.

On examinera donc avec soin le système nerveux du malade dès le chancre (2 et 3) et, toutes les fois que l'on reverra un syphilitique, même très ancien, on recherchera les stigmates latents ; à plus forte raison prêtera-t-on grande attention aux symptômes fonctionnels dont le malade viendrait se plaindre : céphalée, douleurs fulgurantes, fourmillements, engourdissement dans les membres, insomnies avec ou sans cauchemars, agitation, migraine, étourdissements, diminution de la mémoire ou de l'attention..., etc., surtout si ces signes sont à prédominance nocturne[1]. Il ne faut pas effrayer le malade, surtout s'il a tendance à être phobique, mais il faut le surveiller plus souvent, faire à chaque fois un examen complet du système nerveux : réflexes tendineux achilléens, rotuliens[2], cutanés, pupillaires[3], signe d'Argyll-Robertson, déformations pupillaires[4].

1. Un malade de Milian s'endormait bien le soir mais se réveillait bientôt, gardant une insomnie nocturne, alors que dans la journée, il s'endormait trop facilement.

2. On connaît des cas exceptionnels mais réels d'absence des réflexes rotuliens ou achilléens, chez des individus normaux ; mais, si l'on a, comme on doit le faire, examiné dès le chancre, le système nerveux de son malade, on évitera cette erreur.

3. De même, un « inventaire » complet du malade dès le début de sa syphilis révèlerait des déformations et troubles pupillaires qui n'ont rien à faire avec la syphilis, et qui plus tard pourraient être pris pour des signes de syphilis nerveuse.

4. Toute irrégularité pupillaire, indépendante d'une affection oculaire, doit faire penser à la syphilis.

L'inégalité pupillaire a moins de valeur séméiotique, car elle peut être due à un vice de réfraction, à un trouble des nerfs sympathiques par lésions pleurales ou pulmonaires, etc.

Les troubles des réflexes, surtout le signe d'*Argyll-Robertson*

On notera chaque fois tous les signes positifs ou négatifs, afin de comparer les examens successifs et d'apprécier aussitôt la moindre modification[1].

Au moindre doute, je n'hésiterais pas à conseiller une ponction lombaire; on ne doit conclure à la « neurasthénie » que lorsqu'on en est absolument certain; encore n'abandonnerais-je pas le traitement spécifique, car Landouzy a montré que ces neurasthénies dites essentielles sont d'origine infectieuse ou toxique.

La ponction lombaire, bien faite, ne présente aucun

(conservation du réflexe d'accommodation à la distance avec disparition du réflexe d'accommodation à la lumière) ont la plus grande importance. La simple faiblesse, la paresse, la lenteur du réflexe lumineux doit faire dire « ébauche d'Argyll-Robertson »; au début le signe d'Argyll peut être unilatéral. La recherche du signe d'Argyll est minutieuse : on ne doit pas le rechercher en fermant et en entr'ouvrant les *deux* yeux. Les yeux doivent être ouverts, le regard doit fixer une *surface sombre* à *moyenne distance*, on approchera alors *latéralement* une source lumineuse (allumette-bougie) voilée par la main ou mieux une petite lampe électrique de poche. On découvre et on voile tour à tour la lumière. Le réflexe à la distance se recherche en faisant fixer d'abord un objet éloigné, puis le doigt de l'observateur. Si le reflexe à la distance manque, le signe d'Argyll-Robertson est dit « compliqué ». S'il existe un myosis intense qui rend impossible l'exploration des réflexes, il faut dilater auparavant la pupille, par exemple avec une goutte de solution de cocaïne.

Le signe d'Argyll-Robertson est presque pathognomonique de syphilis : Les signes d'Argyll en dehors de la syphilis sont de rarissimes exceptions : syringomyélie (Dejerine et Mirallié) névrite interstitielle hypertrophique (Dejerine et Sottas), syndrome de Weber par ramollissement du pédoncule cérébral (Guillain, Rochon-Duvignaud et J. Troisier).

1. Pour aller vite, on peut employer des fiches spéciales imprimées portant indications de tous les signes nerveux que l'on a l'habitude de rechercher (Milian). J'utilise une sorte de réglette « passe-partout » que l'on met en regard de la fiche ordinaire du malade.

danger[1] et permet de trancher l'hésitation (Widal, Sicard et Ravaut). Le médecin enverra le liquide aussitôt que possible au laboratoire et demandera : 1° une numération des éléments à la cellule de Nageotte (normalement un millimètre cube de liquide contient 1 à 1 1/2 leucocyte, rarement 2 ; — 2° un examen cytologique après centrifugation ; — 3° un examen chimique qualitatif de l'albumine[2] par la chaleur (Widal et Sicard) ou l'acide azotique (Guillain et Parent), par le sulfate de magnésie qui décèle la globuline (Meyer) ou par le sulfate d'ammoniaque (Nonne et Appelt) ; — 4° une réaction de Wasserman, s'il y a lieu, avec le liquide céphalo-rachidien.

La surveillance doit être prolongée **toute la vie** *du syphilitique*, puisque les lésions nerveuses peuvent survenir 20, 30, 40, 49 ans après le chancre.

***

SYPHILIS CÉRÉBRO-MÉNINGÉES

> « La syphilis peut créer la plupart des affections nerveuses connues ; on doit donc penser au diagnostic de syphilis devant toute affection nerveuse[3]. »

La syphilis reproduit la plupart des affections cérébro-méningées connues : I. *céphalée ;* II. *insomnie ;* III. *ménin-*

1. C'est-à-dire, avec une aiguille *fine*, en platine, en retirant un seul tube à centrifuger, et en laissant le malade au lit toute la journée.

2. En effet certains paralytiques généraux, tabétiques, etc., qui n'ont pas de leucocytose, ont une hyperalbuminose. Normalement le liquide céphalo-rachidien ne contient que des traces d'albumine.

3. Il faut encore ajouter certains troubles trophoneurotiques tels que le vitiligo (Pierre Marie et Crouzon).

gites; IV. *paralysie;* V. *convulsions* (épilepsie Bravais-jacksonienne, épilepsie généralisée); VI. syndrome de *tumeur cérébrale;* VII. *neurasthénie;* VIII. *hystérie;* IX. *psychoses*[1]. A titre d'exception, il faut encore citer des processus d'*encéphalite aïguë* (ictus apoplectique, paralysie), d'*hémorragie cérébrale*, d'*hémorragie méningée.*

Le plus souvent, rien ne distingue ces affections, arrivées à leur période d'état, des affections semblables dues à d'autres causes, et c'est *plus par l'étude du début et de l'évolution, par la constatation de signes associés* : céphalée, signe d'Argyll-Robertson, *que par les signes de l'affection elle-même, que l'*on *fera le diagnostic de l'étiologie syphilitique de cette affection.*

I. Céphalée. — La céphalée syphilitique est extrêmement fréquente, elle peut se rencontrer à toutes les périodes de la syphilis, et relève de mécanismes différents.

Elle peut être due :

— à la méningite secondaire latente, souvent très précoce dont témoigne la ponction lombaire par l'hypertension et la lymphocytose. Cette céphalée revêt tous les types et tous les degrés allant de la simple lourdeur à l'abrutissement complet compliqué de brouillards, d'étourdissement, de vertige, d'hébétude.

aux méningites aiguës, subaiguës, chroniques, dont

1. J'omets à dessein de suivre la classification méningite, artérite aiguë et subaigue (méiopragie, oblitération déterminant un ramollissement, hémorragie, artérite chronique artério-sclérose, et athérome, gomme, encéphalite, etc., car une même lesion gomme par exemple, peut produire plusieurs syndromes et un même syndrome (l'hémiplégie par exemple) peut relever de lésions différentes.

elle est le premier symptôme au début, le symptôme dominant au moment des poussées, le symptôme résiduel à la convalescence.

— à un syphilome cérébral debutant, diffus ou circonscrit (gommes).

— à une artérite cérébrale qui s'installe et qui va aboutir à un ramollissement cérébral, à une hémorragie, etc.

— à une méningite chronique qui prend parfois le masque d'une neurasthénie vulgaire et va se démasquer sous forme d'un début de PGP plusieurs mois plus tard.

— à des périostoses craniennes très douloureuses que le moindre effleurement révélera facilement.

— à la névralgie syphilitique du trijumeau, dont elle suit les branches, irradiant surtout le long de la branche ophtalmique.

— à la neurasthénie syphilitique : elle est alors plus angoissante et plus constrictive que douloureuse, existant surtout au réveil, s'atténuant vers le soir, et calmée par le repos au lit.

— à l'hystérie syphilitique : elle est alors plus ou moins dramatique, varie d'un jour à l'autre irrégulièrement, coïncide avec d'autres signes d'hystérie, notamment avec des anesthésies bizarres, etc.

On voit quel *symptôme avertisseur* capital est la céphalée syphilitique et il faut toujours se souvenir des deux préceptes suivants :

Toutes les fois que l'on observe une céphalée sans cause évidente, il faut songer à la syphilis, surtout si cette céphalée est à recrudescence nocturne et si elle n'a pas d'irradiation névralgique.

Toutes les fois que l'on constate la céphalée syphilitique, il faut craindre l'évolution d'une affection nerveuse grave, il faut donc refaire un examen complet du malade, redoubler de précautions, renforcer le traitement, multiplier les examens périodiques.

II. Insomnie. — Il en est de même de l'insomnie, symptôme plus rare, mais aussi important lorsqu'on le constate.

Le malade s'endort, il est réveillé vers 2, 3, 4 heures du matin, il ne dort plus, il est agité, il souffre souvent de cauchemars, et, chose curieuse notée par Milian, le jour au contraire le malade a tendance à la somnolence.

L'insomnie est souvent précédée et annoncée par de la céphalée et accompagnée de troubles de la mémoire, d'étourdissements, de diminution de l'attention.

III. Méningites. — Toutes les variétés de méningite peuvent se rencontrer dans la syphilis, depuis la méningite latente de Widal révélée par la ponction lombaire, jusqu'à la méningite aiguë mortelle; toutes ces variétés peuvent être observées à toutes les périodes : méningites précoces survenant avant même le chancre, méningites secondaires, méningites tertiaires, tardives, etc.

Elles sont isolées ou accompagnent des manifestations cutanées : roséole, gomme du voile du palais, qui en facilitent le diagnostic.

Elles peuvent revêtir toutes les formes de la méningite tuberculeuse, dont on sait le polymorphisme, surtout chez l'adulte : forme cephalalgique et vertigineuse, forme délirante, forme hémiplégique, forme confusionnelle, etc., etc. Elles en ont tous les signes, même la fièvre; elles en reproduisent la lymphocytose céphalo-rachidienne.

Le diagnostic s'appuie surtout sur l'évolution : céphalée, nocturne et insomnie prodromiques, — longue période prémonitoire entrecoupée parfois de phases d'agitation nocturne et souvent de faiblesse générale, de céphalée cataloguées neurasthéniques — ébauche de méningite fruste plusieurs semaines avant le grand tableau méningitique (zone hyperesthésique lombaire, etc., reflexes exagérés, vertiges) — paralysie oculaire ou troubles des nerfs

craniens prémonitoires, — parallélisme d'évolution avec les accidents cutanés. Le signe d'Argyll-Robertson d'ailleurs inconstant, la rareté de la photophobie, la régularité habituelle du pouls et de la respiration, l'absence de tubercules chooïdiens à l'ophtalmoscope, la fréquence de l'état vertigineux dû sans doute à une atteinte de la VIII[e] paire, comptent parmi les meilleurs signes de la période d'état. La ponction lombaire affirmera le diagnostic : elle retire un liquide clair lymphocytique même en période latente, liquide peu fibrineux, qui ne contient pas de bacilles tuberculeux, et donne au contraire une réaction de Wassermann positive.

IV. Paralysies. — La syphilis peut produire *toutes les variétés possibles de syndromes paralytiques*, purs ou associés :

— Hémiplégie vulgaire : hemiparésie, hémiplégie flasque ou avec contracture, etc.

— Ictus apoplectiques par oblitération d'une sylvienne, par oblitération du tronc basilaire (syphilis bulbo-protubérantielle extrêmement grave), etc.

— Paralysie des quatre membres par lésion bulbo-protubérantielle.

— Syndromes bulbaires et protubérantiels.

— Polio-encéphalites graves et paralysies bulbaires curables; ophtalmoplégies.

— Hémiplégies alternes : syndrome de Weber, etc., et jusqu'à l'hémispasme facial alterne.

— Syndromes cérébelleux purs ou associés à des troubles bulbaires et hémiplégiques, par exemple syndrome de Babinski-Nageotte.

Le diagnostic de ces paralysies et en particulier de l'**hémiplégie syphilitique** se fait *non pas par les particularités de l'hémiplégie constituée*, mais *par l'étude des prodromes et du début de l'hémiplégie.*

Constance des prodromes spéciaux. Ces prodromes

précèdent l'hémiplégie de plusieurs mois, voire meme de quatre ans et demi dans un cas de Fournier. Ils se divisent d'ordinaire en deux périodes :

— *Première période* de troubles « fonctionnels » correspondant à l'atteinte diffuse des méninges ou du cortex : la céphalée en est le signe presque constant, *céphalée* fixe ou diffuse, à maximum nocturne ou vespéral, résistant aux analgésiques, cédant à l'iodure et au mercure. Inconstamment on note des éblouissements, vision trouble des objets et bluettes lumineuses, bourdonnements d'oreilles et sifflements, tristesse et abattement, inaptitude au travail et dégoût pour l'activité psychique, diminution de la mémoire, somnolence après les repas, paralysie oculaire, diplopie.

— *Deuxième période*, correspondant à l'oblitération partielle momentanée de l'artère. Ces signes artériels s'ajoutent aux symptômes précédents : *faiblesse* et *paresse*, *défaillance* ou *dérobement*, *engourdissement* d'un ou des deux membres du même côté ; sensation de *froid*, *fourmillement* de la main, du pied ; diminution de la sensibilité tactile, souvent douleurs subjectives, vagues, récidivantes, tenaces (*douleurs cérébrales* des membres de Fournier) et hyperesthésie objective ; *tremblements*, trémulations musculaires et même *hémiparésie légère* avec ou sans *aphasie*, véritable hemiplégie ebauchée. Tous ces phénomènes *passagers*, *légers*, disparaissent spontanément mais sont susceptibles de récidiver : un malade peut avoir ainsi, avant sa grande attaque d'hémiplégie, plusieurs ébauches d'hémiparésie.

Début spécial. Exceptionnellement, le début est brusque, généralisé et complet comme dans une hemorragie ou une embolie.

Parfois l'hémiplégie est générale et progressive : — *générale*, c'est-à-dire frappant également les deux membres supérieur et inférieur, — *progressive*, c'est-à-dire com-

mençant par un simple engourdissement : la parésie s'accroît et ne devient complète qu'en quelques heures, en un ou deux jours.

Le plus souvent l'*hémiplégie* est *successive* procédant *par étapes* : elle commence par exemple par la main, l'engourdit progressivement, gagne la face le soir ou le lendemain, puis, quelques heures plus tard, le membre inférieur, « l'hémiplégie, dit Fournier, se constitue par monoplégies successives ».

A tous ces signes, il faut encore ajouter : *l'âge jeune du malade* qui n'est pas encore artérioscléreux ou athéromateux, l'absence de lésions cardiaques, et notamment de rétrécissement mitral.

Au contraire, lorsque l'hémiplégie syphilique est constituée, elle ne diffère que peu ou pas des hémiplégies dues à d'autres causes. On dit bien que l'hémiplégie syphilique est souvent incomplète (c'est-à-dire donnant de la parésie plutôt que de la paralysie), qu'elle est partielle (c'est-à-dire respectant un membre, un segment de membre), que souvent les troubles de la sensibilité manquent, et que l'intelligence persiste intacte ; mais ces signes sont très inconstants ; les seuls signes qui aient une reelle valeur sont les *signes associés de syphilis* : Argyll-Robertson, lymphocytose céphalo-rachidienne, cicatrices, leucoplasie, exostoses.

Dans le cas de doute, il ne faut *jamais s'abstenir* et l'on doit *immédiatement appliquer le traitement* : injections intraveineuses de cyanure de mercure et lavements d'iodure, puis injections sous-cutanées de benzoate.

Le pronostic de l'hémiplégie *isolée*, due à l'artérite, est favorable, si le diagnostic est précoce et si le traitement est institué dès le début : la guérison complète est la règle. Au contraire, si le traitement est remis seulement au 2e, au 3e jour, il se peut que le ramollissement, produit par l'oblitération artérielle, ait eu le temps de devenir définitif, la

guérison est lente, on peut observer la transformation de l'hémiplégie flasque en hémiplégie spasmodique qui s'atténuera très lentement. Dans ce cas, et malgré la lenteur de l'amélioration, il ne faut pas désespérer, il faut patiemment répéter les séries d'injections mercurielles et les cures iodurées. L'un des derniers malades que j'ai vus, traité au 4e jour seulement de son ictus, n'a guéri de son hémiplégie spasmodique qu'au bout de deux ans de traitement discontinu, répété, il a repris toute la force et l'adresse de ses mouvements, il ne lui reste qu'une légère exagération des réflexes. Or, il m'a fallu lutter auprès de la famille et du médecin pour qu'on n'abandonnât pas le traitement qui paraissait agir si peu!

Le pronostic de l'hémiplégie *associée* à d'autres manifestations nerveuses, en particulier à des troubles mentaux, est grave, car l'hémiplégie n'est qu'un symptome d'un processus plus étendu : elle guérit, mais la syphilis cérébro-méningée s'aggrave, récidive ; souvent une paralysie générale se démasque. *Il faut donc se méfier des hémiplégies syphiliques compliquées de troubles mentaux* et réserver leur pronostic.

V. Épilepsie. — La syphilis, qui est responsable déjà de beaucoup d'épilepsies infantiles dites essentielles, peut créer, chez l'adulte, toutes les formes d'épilepsie.

— *Epilepsies partielles dites « Bravais-Jacksoniennes »*, revêtant toutes les formes des épilepsies partielles dues à d'autres causes (formes intermittentes, formes se généralisant, formes continues, etc.) et laissant comme elles des parésies.

— *Grande attaque convulsive généralisée* (haut mal), avec ou sans cri initial.

— *Attaques incomplètes.*

— *Attaques atypiques* : absences, secousses, vertiges, défaillance (petit mal).

— *Équivalences épileptiques* : paroxysmes psychiques (épi-

lepsie procursive, automatisme ambulatoire), sensoriels (hallucinations gustatives, olfactives, etc.), viscéraux (vomissements, besoins impérieux d'uriner, etc.).

Le diagnostic de leur nature syphilitique ne peut être fait que par la recherche et la constatation de *signes associés* ou *prodromiques* : céphalée, paralysies oculaires ou craniennes, Argyll-Robertson, troubles de la parole, etc. — par la *date d'apparition* à un âge avancé, alors que l'épilepsie « essentielle » (!) débute dans l'enfance (mais il en est ainsi des autres épilepsies dites « symptomatiques ») — par le rapprochement progressif des crises, malgré le traitement symptomatique bromuré habituel — par l'apparition ultérieure de signes de syphilis cérébro-méningée, en particulier : hémiplégie, paralysies craniennes, démence, — par la ponction lombaire qui révèle de la lymphocytose et une réaction de Wassermann positive.

VI. Syndromes de tumeur cérébrale. — La syphilis peut simuler *toutes* les formes de tumeurs cérébrale. Par conséquent dès que l'on soupçonne le diagnostic de tumeur cérébrale et à plus forte raison avant d'opérer, il est de nécessité absolue de tenter un traitement antisyphilitique d'épreuve, même si le malade oppose les dénégations les plus formelles.

VII. Neurasthénie, et VIII. Hystérie. — Il n'existe pas de neurasthénie essentielle ainsi que la démontré Landouzy, il faut donc, lorsqu'on pose le diagnostic de syndrome neurasthénique, rechercher systématiquement les causes : tuberculose, syphilis, etc.

On commence à entrevoir qu'il peut en être de même pour l'hystérie.

IX. Psychoses syphilitiques. — Après avoir insisté sur la fréquence des troubles intellectuels dans la syphilis céré-

brale, Fournier a démontré l'existence de psychoses syphilitiques. La plupart de ces formes mentales de la syphilis sont *associées* à d'autres troubles nerveux : épilepsie, paralysie générale ; mais parfois elles sont *isolées*, au moins pour plusieurs semaines.

Les formes mentales de la syphilis réalisent cliniquement :

— 1° des *formes dépressives* allant de la « simple dépression intellectuelle » avec affaiblissement graduel et progressif de la mémoire, jusqu'à l'ictus amnésique, jusqu'à la dépression intellectuelle avec incohérence ou hébétude incohérente, avec délire de paroles et d'actions : délire calme, général, non systématisé, permanent ou intermittent;

— 2° des formes avec *excitation* cérébrale ou *folie syphilitique* : manie à tous les degrés, subaiguë (excitation maniaque), aiguë (manie type), suraiguë (délire aigu), etc. ;

— 3° des délires systématisés : lypémanie (mélancolie), délire de persécution ;

— 4° des psychoses circulaires.

Il faut se méfier que souvent ces formes mentales marquent le début d'une paralysie générale.

Le **traitement** qui doit être prudemment administré, consistera en dix jours de piqûres, dix jours d'iodure, dix jours de repos chaque mois peut amener la guérison tout au moins passagère.

***

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

La fréquence de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale n'est plus contestée, on discute seulement sur l'existence de syndromes semblables dus à des causes différentes. La description de la période d'état de la para-

lysie générale est trop connue pour qu'on y insiste; il importe au contraire de rappeler la multiplicité des formes de début, leur irrégularité, leur polymorphisme.

Tantôt le début est lent, progressif, marqué par les symptômes classiques qui se développent insidieusement pendant des mois et pendant même plusieurs années :

— *changement de caractère* : *excitabilité* ou au contraire un peu de *dépression*; plaintes hypochondriques prenant souvent pour prétexte la céphalée tenace parasyphilitique.

— changement de physionomie : mise négligée, etc...

— inaptitude au travail, maladresse dans le travail, *erreurs*, déficit dans les œuvres scientifiques ou intellectuelles.

— écart de conduite, incorrection qui étonne.

— diminution et *perte du sens moral* : vols, actes obscènes.

— *affaiblissement intellectuel*, *global*, *total*, s'associant avec une *euphorie* tout à fait caractéristique; diminution de l'attention, oublis, etc. : des fautes de raisonnement, de calcul sont faites avec indifférence, et lorsque le médecin les corrige, le malade accepte la rectification avec une indifférence heureuse.

— *diminution de la mémoire*,

— *défaut de jugement* : achats exagérés, absurdes, etc.

Tantôt le début est plus ou moins brusque caractérisé par un ictus apoplectique, par une hémiplégie, par une attaque épileptique, par de l'amaurose et surtout par un syndrome vésanique. La plupart des syndromes mentaux peuvent marquer le début de la paralysie générale, tous empruntant au fond de P. G. P., ce caractère commun d'être multiples, mobiles, incohérents, absurdes et contradictoires :

— accès de mégalomanie incohérent.

— excitation maniaque à tous les degrés, allant jusqu'au délire aigu.

— délires mélancoliques avec toutes ses variétés : stupeur,

idée de négation, refus de nourriture, suicides étranges, etc.

— délire de persécution, d'ordinaire mal systématisé, niais et confus.

— démence simple, soit apathique, soit euphorique.

— délires hallucinatoires.

— folie circulaire, etc.

Devant tous ces syndromes, on devra donc penser systématiquement à la P. G. P.; leur brusquerie est d'ailleurs plus apparente que réelle; presque toujours un examen médical attentif aurait découvert, avant leur apparition, des symptômes prodromiques qui persistent plus ou moins déformés pendant et après la crise vésanique.

Pour faire le diagnostic de P. G. P. on est donc toujours ramené à la recherche des symptômes suivants :

— *Diminution* du sens moral : aspect négligé, malpropre, tendance à l'obscénité.

— *Affaiblissement intellectuel global* : apathie, niaiserie béate, perte du jugement.

— *Expansivité* du caractère : « c'est le bon paralytique qui a cependant ses heures de violence ».

— Vantardise. *Tendance à la mégalomanie* : « il millionne sur les objets les plus inattendus », et avec incohérence, car après avoir affirmé sa prodigieuse richesse il demande « deux sous pour acheter du tabac ».

— *Perte de la mémoire et des notions les plus élémentaires* : oubli de son âge, des dates, des noms de ses parents, de ses amis, etc., oubli de sa rue, de sa maison. (Troubles mentaux aboutissant à l'état purement végétatif et inconscient.)

— *Embarras de la parole* : lenteur d'élocution, *bredouillement*, *accroc*, etc.

— *Fautes* dans l'écriture spontanée ou dictée, dans la lecture, dans la copie.

— *Tremblement* rapide à petites oscillations irrégulières de la langue (mouvements vermiculaires et mouvements de trombone), des lèvres, des mains ; tremblement exagéré par l'émotion, par l'attention.

— Etat parétique ataxo-spasmodique, c'est-à-dire parésie musculaire et fatigue rapide avec exagération des réflexes et incoordination ; ces symptômes sont tardifs.

— Anesthésie du nerf cubital à la pression (signe de Biernacki) ; anesthésie des testicules.

Enfin il ne faut jamais négliger la recherche de deux séries de signes très précoces, surtout si le diagnostic est hésitant :

— Inégalité pupillaire, troubles des réflexes allant jusqu'au signe d'Argyll-Robertson, ou bien immobilité pupillaire, ou myosis, ou réflexe paradoxal de Pilcz. (V. manuels d'ophtalmologie).

— Lymphocytose céphalo-rachidienne ou à défaut augmentation de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien (v. p. 298).

Le maximum de fréquence de la P. G. P. est de la 6e à la 12e année : c'est en effet à cette période que surviennent 65, 1 p. 100 des cas. De la 3e à la 6e année, Fournier compte 3, 5 p. 100 ; de la 13e à la 20e année, 28, 5 p. 100 ; au delà de la 20e année, 2, 6 p. 100. Plus des quatre cinquièmes des cas, exactement 81 p. 100, surviennent entre la 6e et la 15e année avec un maximum dans la 10e année. C'est donc entre la 7e et la 20e année et surtout entre la 6e et la 15e année, qu'il faut particulièrement surveiller le malade ; car un diagnostic très précoce, commandant un traitement précoce, permet d'espérer un arrêt ou tout au

moins une rémission dans la marche de la maladie ; or, on sait la gravité habituelle, progressive, inéluctable et rapide des cas non traités ; la mort survient en moyenne en 2 ans et demi à trois ans et l'évolution est assez souvent hâtée par la mort subite (4 p. 100 des cas). Les cas de guérison ou plutôt de régression, admis par quelques auteurs sont pour le moins exceptionnels.

Le traitement doit être dix jours de piqûres, dix jours d'iodure, dix jours de repos chaque mois pendant toute la vie (Gaucher) en surveillant les reins.

***

SYPHILIS MÉDULLAIRES

La syphilis est une des causes les plus fréquentes des affections de la moelle. Sans rappeler la méningite rachidienne rarement isolée et qui se traduit par de la rachalgie, par des névralgies, par de la rigidité du rachis due à la contracture musculaire, la syphilis peut réaliser toutes les formes de myélites :

— *Méningo-myélite aiguë, envahissante* de Gilbert et Lion. La paraplégie commence par les membres inférieurs, remonte, envahit les membres supérieurs, frappe le bulbe et tue en onze jours à cinq mois. Un traitement précoce a pu arrêter la myélite ascendante, avant qu'elle n'attaque le bulbe.

Myélite aiguë. Le début est brusque, parfois même apoplectiforme, la paraplégie est flasque et absolue, grave, accompagnée de troubles anesthésiques prononcés, de troubles constants et marqués des sphincters, de troubles tro-

phiques (eschares). Elle se termine tantôt par la cachexie et la mort en quelques jours, tantôt par une mort tardive due à des complications, tantôt par la transformation en paralygie spasmodique, tantôt enfin par la guérison.

— *Myélite subaiguë* à début rapide, progressif, ou par à-coup, se traduisant par une paraplégie flasque (*myélite transverse* syphilitique des anciens) qui guérit ou devient au bout de 3 à 12 semaines paraplégie spasmodique[1].

— *Myélite chronique spasmodique* **(paralysie d'Erb).** C'est la plus fréquente et la plus caractéristique des myélites syphilitiques.

Son début est insidieux, marqué par des prodromes, claudication intermittente (v. p. 314) etc, qui pendant des mois, parfois même 3, 4 années, s'aggravent progressivement et devenant permanents, aboutissent, sans transition brusque, à la paraplysie spasmodique.

Dès le début et à la période d'état, il y a plus de contracture que de paralysie; ce fait est capital : le malade marche mal, en traînant et en frottant les pieds contre le sol, parce qu'il a les deux jambes raides, mais non parce qu'elles sont paralysées; il est facile de s'en assurer en résistant aux mouvements commandés, la parésie est minime, localisée au pectiné, etc.

Le clonus du pied et de la rotule, l'exagération des réflexes, le signe de Babinski sont constants. Les troubles de sensibilité objective et les troubles trophiques sont à peu près nuls, alors que les troubles des sphincters et organes génitaux sont de règle : envie impérieuse d'uriner et non incontinence (P. Marie). Au repos les phénomènes spasmodiques diminuent; ils augmentent après l'effort.

L'évolution est extrêmement lente, se chiffrant par année,

1. On peut observer toutes les variétés de ces myélites : formes de localisation, myélites lombaire, cervicale, etc.

sans menacer l'existence ; la paraplégie a au contraire une tendance spontanée à diminuer, que favorise le traitement.

— *Forme amyotrophique* de Gilbert et Lion, reproduisant surtout l'*atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchenne.* La forme syphilitique de cette amyotrophie se caractérise par des phénomènes prodromiques : douleurs vives, persistantes, à maximum nocturne, témoin de méningite ; par de la parésie prémonitoire et parfois par de la céphalée, de la diplopie.

— *Forme de « sclérose latérale amyotrophique ».*

— *Formes cérébro-spinales :* hémiplégie et paraplégie associées.

— *Syphilis cérébro-spinale disséminée,* dont la symptomatologie échappe à toute prévision et dépend de la localisation des foyers : douleur, parésie et exagération des réflexes, ataxie, démarche hésitante, signe de Romberg, inégalité pupillaire, etc...

— *Syphilis à forme de sclérose en plaques* : c'est peut-être ce qui explique ces cas de guérison de scléroses en plaques par l'iodure de potassium donné à hautes doses pendant des mois (Landouzy).

— *Syndrome de Guillain-Thaon*, « qui se présente avec un ensemble de symptômes, pour lesquels on aurait tendance à porter le diagnostic de tabes, de paralysie générale, ou de myélite syphilitique, bien que cependant on ne constate le tableau morbide ni du tabes vrai, ni de la paralysie générale classique, ni de la myélite syphilitique légitime ».

— *Scléroses combinées*, scléroses combinées tabétiformes, etc.

— *Méningites chroniques* et *pachy-méningite cervicale*, se traduisant par de la rachialgie, douleurs irradiées le long des nerfs, raideur de la colonne vertébrale... ces lésions aboutissent peu à peu à la quadriplégie ; rarement elles restent isolées ; presque toujours elles s'associent à des troubles

encephaliques : céphalée, ictus, perte de la mémoire, diplopie.

Il faut encore ajouter que les gommes médullaires peuvent réaliser en outre les syndromes de *tumeurs de la moelle* et surtout des *syndromes de Brown-Sequard*, simples ou doubles que produisent aussi parfois des myélites localisées.

De même que pour les paralysies cérébrales, le diagnostic de la nature syphilitique des myélites se fait plus par l'*étude des antécédents*, par *l'association des phénomènes de syphilis cérébrale*, par *la fréquence des prodromes spéciaux*, que par l'examen actuel de l'affection arrivée à sa période d'état.

Ces **prodromes à longue distance** sont :

— la *claudication intermittente de la moelle*[1]. — Le malade au repos ne présente aucun trouble ; il marche, tout va bien au début, puis à mesure qu'il se fatigue, les jambes se fatiguent, s'alourdissent ; il est forcé de s'arrêter ; après quelques minutes de repos, cette lourdeur disparaît, le malade se remet à marcher et peu à peu les mêmes phénomènes réapparaissent. Dans les premiers mois, c'est après une, deux, trois heures que la claudication apparaît, mais lorsque l'affection progresse, ce temps se raccourcit, le malade n'arrive à ne pouvoir marcher que quelques minutes avant de s'arrêter, et souvent alors cette lourdeur s'associe à d'autres symptômes médullaires : exagération des réflexes et clonus, signe de Babinski, dysurie, ou envie impérieux d'uriner, érection etc.

1. Cette claudication médullaire diffère de la claudication artérielle : cette dernière s'accompagne de crampes, de refroidissement, diminution des battements artériels de la pédieuse et au contraire elle ne détermine pas de troubles sphinctériens, etc.

— *des troubles de sensibilité* : *crampes, fourmillements, sensations de froid, de brûlure, rachialgie.*

— *dérobement des jambes.*

— *troubles des réservoirs, troubles des fonctions génitales.*

— quelquefois, *ébauche de paralysie* brusque, sorte de syncope de la moelle, etc.

Et c'est parce que ces prodromes sont surtout nets dans la myélite spasmodique d'Erb, c'est parce que cette paraplégie représente en quelque sorte les prodromes fusionnés et devenus permanents, qu'elle est de toutes les myélites syphilitiques la plus caractéristique.

Le traitement est le même que dans les autres localisations nerveuses.

***

RADICULITES SYPHILITIQUES

Les lésions des racines des nerfs périphériques sont fréquentes dans les méningites et méningo-myélites aiguës, subaiguës et chroniques (pachy-méningites), les radiculites sont donc associées, le plus souvent, à des troubles méningés et médullaires (v. ci-dessus).

Plus rarement les radiculites semblent isolées, au moins pendant plusieurs mois.

Elles revêtent toutes les formes connues de ces affections : « radiculites névralgies » bénignes ; radiculites névrites » tenaces et graves. Elles ont comme symptômes communs : la topographie radiculaire, c'est-à-dire la diffusion des troubles dans le territoire de plusieurs nerfs périphériques, — l'exagération de la douleur par la toux, et par l'éternuement, — la réaction méningée, — l'absence de douleur à la palpation des troncs nerveux, etc.

Elles peuvent réaliser toutes les localisations des radiculites : au bras, syndrome Dejerine-Klumpke de la VIII^eme C.-I^ere. D. et surtout au membre inférieur les syndromes de la *sciatique* (IV^eme et V^e L. I^ere et II^e, S.), et des racines de la queue-de-cheval.

La syphilis étant la cause la plus fréquente des radiculites, toute radiculite doit être suspectée de syphilis.

***

TABES

« Si l'on mettait dans un sac, des billets, portant les noms de tous les symptômes du tabes et si on les tirait au hasard, on aurait, enseignait Charcot, autant de chances de retracer l'observation d'un tabétique qu'en la rédigeant d'après la réalité. »

Les débuts du tabes peuvent être variés : *presque tous les symptômes du tabes peuvent apparaître isolément et rester pendant plus ou moins longtemps isolés* ; on conçoit donc que les *tabes monosymptomatiques* ou tabes larvés et frustes soient nombreux.

Le diagnostic du tabes confirmé, arrivé à la période d'ataxie, est toujours fait ; il est facile et l'on peut dire inutile au point de vue thérapeutique ; au contraire on passe trop souvent à côté de tabes débutants, parce qu'on n'y pense pas assez ; les symptômes initiaux, loin d'attirer l'attention sur la moelle, égarent le médecin sur une localisation périphérique : estomac, etc., et pourtant le diagnostic du tabes débutant est le seul qui importe, parce que c'est seulement à ce moment qu'on a l'espoir d'arrêter l'évolution de la maladie : il faut donc insister sur ces modes de début, en être prévenus et, dès

qu'on les constate, rechercher systématiquement les signes latents de tabes : signe d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes, lymphocytose céphalo-rachidienne.

Les tabes monosymptomatiques peuvent débuter par les symptômes flagrants qui forcent le malade à consulter :

Douleurs fulgurantes ou **compressives** des membres, des lombes, du thorax que l'on attribue au rhumatisme, à l'arthritisme et que l'on va soigner à Aix, à Dax, mais les jointures sont indemnes.

Névralgies du trijumeau.

Crises viscérales gastriques, intestinales, rectales, rénales, hépatiques, cardiaques, etc., simulant l'ulcère simple de l'estomac et jusqu'à ses hématémèses, la colique de plomb et l'appendicite, les coliques néphrétiques et hépatiques, etc. Que d'erreurs de diagnostic, d'opérations inutiles ont été tentées ! Le diagnostic est pourtant facile si on y pense : début subit *sans passé viscéral*, *intensité effrayante* des douleurs que souvent même la morphine n'arrive pas à calmer, coexistence de *zones hyperesthésiques* ou *anesthésiques périphériques* (par exemple des IV à IX dorsales pour les crises gastriques), retour brusque au bien-être, *absence de troubles viscéraux dans l'intervalle des crises*.

Troubles oculaires : *paralysie*, *diplopie* et *strabisme paralytique* — *ptosis* — *amblyopie*, *amaurose* par névrite optique ou tabes-cécité, qui trop souvent n'arrête pas l'évolution de la maladie.

Exceptionnellement le tabes débute par des troubles auriculaires : *surdité* parfois complète.

Troubles urinaires : *anesthésie du col de la vessie* ; le malade croit avoir fini d'uriner, et il laisse couler plusieurs gouttes dans sa chemise; plus tard il pisse dans son pantalon et ne s'en aperçoit qu'en sentant ses cuisses mouillées.

Parésie vésicale : la vessie ne se vide pas complètement,

malgré les efforts du malade ; s'il se sonde après la miction, il retire 100 à 500 grammes d'urine; il se croit atteint de rétrécissement et court chez l'urologiste, on ne trouve qu'un « rétrécissement large ». Cette parésie dure des mois et peut guérir spontanément.

Neurasthénie que l'on dit essentielle : or quelques mois plus tard se démasque un tabes, souvent grave compliqué de paralysie générale ; la faiblesse est telle parfois que les malades se confinent au lit.

Impuissance génitale, permanente, complète, bien différente de l'impuissance psychique passagère et incomplète. Elle coïncide d'ordinaire avec des troubles vésicaux.

Mal perforant plantaire siégeant au-dessous de l'articulation du premier métatarsien et de la première phalange, ou en l'un des points d'appui de la plante. Il débute tantôt par un « durillon forcé », tantôt par macule purpurique Il est important de retenir pour le thérapeute que d'après plusieurs auteurs le mal perforant est associé à une arthropathie métatarso-phalagienne, et que la rétention de petites esquilles retarde la guérison.

On a rapproché du mal perforant plantaire le mal perforant buccal (chute des dents, ulcération pouvant ouvrir le sinus maxillaire) et le mal perforant narinaire (rhinelcose de P. Marie et Guillain).

Arthropathies du genou, du pied, de la tibio-tarsienne, de la hanche, de l'épaule, du coude, même du rachis simulant le mal de Pott, etc. Le début est lent ou brusque, marqué tantôt par une hydarthrose abondante, et indolente sans inflammation de la peau, tantôt et plus rarement par une arthrite aiguë douloureuse avec œdème, chaleur de la peau.

Ces arthropathies se compliquent : — de déformations osseuses et de laxité articulaire, permettant une mobilité anormale (jambe de polichinelle), — d'usure des plateaux articulaires, — de fractures épiphysaires. Toutes ces com-

plications sont remarquablement indolentes et persistent définitivement lorsque l'épanchement se résorbe.

Fractures spontanées des membres inférieurs, plus rarement de l'avant-bras, des côtes, de l'épaule, de la clavicule... et mêmes des vertèbres. Toutes sont caractérisées par leur indolence qui permet une exploration facile. La consolidation est lente ou ne se fait pas, il en résulte une pseudarthrose.

La *rupture spontanée d'un tendon*, presque toujours du tendon du quadriceps crural, a pu être le premier signe qui ait attiré l'attention sur un tabes.

Affections cutanées très diverses : *éruptions zostériformes* simulant le zona (Landouzy) — vitiligo (P. Marie et Crouzon) — hyperhidrose ou anhidrose, chute des ongles.

Crises de prurit (Milian) rarement généralisé, plus souvent *localisé*, péri-orbitaire, mammaire, surtout *anal*. Le prurit tabétique est tenace, dure des années, présente des paroxysmes provoqués par les écarts de régime et calmés par les analgésiques ; il se localise en des régions qui sont le siège de troubles de sensibilité (anesthesie). Parfois il est isolé ; plus souvent il s'associe à des douleurs fulgurantes (crises viscérales).

Lichen inconscrit.

Ecchymoses spontanées, de la grandeur de 5 à 50 millimètres et plus, survenant aux membres, après des crises de douleurs fulgurantes.

Atrophies musculaires dues à des lésions des cornes antérieures ou à des névrites périphériques: l'amyotrophie a alors dans le premier cas la topograpie radiculaire, dans le deuxième cas la topographie des nerfs périphériques.

Le début est lent et insidieux, l'atrophie est découverte par hasard : pied bot tabétique, griffe des orteils, main simienne, griffe cubitale, voix nasonnée (paralysie glosso-laryngée), etc.

Pour confirmer le diagnostic de tabes, on cherchera les signes classiques :

Abolition des réflexes rotuliens (signe de Westphal) et surtout dans les cas débutants l'abolition des réflexes achilléens (Babinski). Cette abolition est parfois unilatérale.

Signe d'Argyll-Robertson (v. la note page 296) qui peut être le seul signe de tabes (autopsie de Dufour). Ce signe peut être intermittent au début du tabes.

Signe de Romberg. On le recherche, le malade ayant les pieds joints et les yeux fermés ou se tenant sur un seul pied; on le recherche encore en faisant descendre un escalier les yeux fermés, etc., — *perte du sens musculaire* (qui est la cause du signe de Romberg).

Hypotonie musculaire expliquant le dérobement des jambes, etc.

Anesthésies à topographie radiculaire (petit doigt et face interne du bras), plante du pied, région mammaire, souvent variables d'un jour à l'autre et annonçant parfois les crises douloureuses.

Analgésie du nerf cubital à la pression (*signe de Biernacki*) souvent très précoce.

Lymphocytose céphalo-rachidienne à la ponction lombaire. Ce signe est le plus précoce : il révéla un tabes six mois avant l'apparition du signe d'Argyll dans un cas de Nageotte.

Évolution. — Si les formes du tabes apparaissent plus nombreuses, son évolution heureusement paraît moins inexorablement progressive que ne l'enseignaient les classiques. On ne guérit pas le tabes, on guérit seulement les accidents tabétiques : crises douloureuses, paralysie, troubles trophiques..., et l'on peut, au moins au début, enrayer la marche du tabes : on ne compte plus

les tabes qui restent monosymptomatiques et les tabes arrêtés stationnaires.

Par conséquent, plus le diagnostic et le traitement seront précoces et plus on pourra espérer l'arrêt de l'affection, ce traitement sera le même que dans la P. G. S. (v. p. 311); plus tard, au contraire, dans le tabes confirmé ataxique le traitement est presque toujours, sinon toujours, inefficace, souvent même plus nuisible qu'utile, peut-être en raison des tares viscérales, surtout rénales.

A l'exception de quelques cas très rares où la mort survient en 2 ou 3 ans, à l'exception des morts subites par ictus laryngé, par angine de poitrine, la marche du tabes, même quand le traitement n'arrête pas son évolution, est très lente et n'abrège pas fatalement l'existence. Les tabétiques meurent comme meurent les cachectiques : de tuberculose, de broncho-pneumonie, d'infections greffées sur les eschares, de cystite et de pyélo-néphrite ascendante, de morphinomanie, etc.

***

SYPHILIS DES NERFS CRANIENS ET PÉRIPHÉRIQUES

La syphilis atteint souvent les nerfs, surtout les nerfs craniens, et l'on sait combien depuis le 606 ces accidents sont devenus fréquents (v. p. 124.) A la période secondaire les lésions sont localisées ou multiples, analogues à celles des polynévrites infectieuses et presque toujours légères, transitoires, bénignes. A la période tertiaire, les lésions sont d'ordinaire localisées, chroniques, graves;

les lésions « quaternaires » des nerfs, associées au tabes, sont très fréquentes.

Névrites craniennes.

Nerf optique. — La IIe paire est souvent atteinte : par méningite, gomme, endartérite..., ces lésions se compliquant de névrite descendante.

Le début est habituellement insidieux, unilatéral; la lésion est découverte par hasard, en fermant un œil; elle devient bientôt bilatérale; elle comporte tous les degrés : amblyopie légère, amblyopie, rétrécissement concentrique irrégulier du champ visuel, *échancrures irrégulières* du champ visuel, hémianopsie temporale (exceptionnellement homonyme), cécité complète.

Nerfs oculo-moteurs. — « Les paralysies du moteur oculaire commun sentent la vérole », disait Ricord; les paralysies de la VIe paire sont plus rares, celles de la IVe exceptionnelles.

Elles réalisent tous les types cliniques possibles : Ophtalmoplégie complète, — O. externe totale, — O. partielle : *ptosis* ou chute de la paupière supérieure, *strabisme* interne ou externe révélé au malade par la *diplopie*, — O. interne : *mydriase* isolée, etc.

Leurs caractères habituels sont d'être — 1° *incomplètes*, il y a souvent parésie plutôt que paralysie; très souvent même, elles sont *ébauchées latentes* : par exemple le malade se plaint de « voir double » et pourtant il ne « louche pas »; il faut l'examen avec les verres de couleur pour reconnaître l'œil paralysé; — 2° *partielles*, c'est-à-dire frappant quelques branches, rarement la totalité d'un nerf (ptosis seul, mydriase isolée, etc.); — 3° *multiples* atteignant plusieurs nerfs oculo-moteurs du même côté, ou du côté opposé, et souvent d'autres nerfs craniens.

Nerf trijumeau. — La V[e] paire peut être lésée à toutes les périodes :

— *Névralgies de la période secondaire.* Fréquentes et confondues d'ordinaire avec la céphalée secondaire, elles sont souvent associées à d'autres névralgies intercostale, sciatique, etc., et favorisées par l'éthylisme. Elles sont mobiles avec recrudescences vespérales ou nocturnes empêchant le sommeil. Elles sont éphémères, faciles à guérir. Les réflexes cutanés et tendineux sont fréquemment exagérés (irritabilité nerveuse). Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu. La lymphocytose est inconstante, souvent absente (Milian).

— *Névralgies tertiaires* tardives. Elles surviennent d'ordinaire 10 à 20 ans après le chancre. Elles sont dues à des compressions : gomme de la protubérance, méningite scléro-gommeuse, périostite endocranienne du rachis, gomme rétro-oculaire, périostites des maxillaires supérieur et inférieur, rhinite tertiaire.

Elles sont fixes, continues, et marquées de paroxysmes surtout vespéraux. La sensibilité objective est atteinte : hypoesthésie, anesthésie. Les troubles trophiques sont fréquents : herpès, *kératite neuro-paralytique*. Cette dernière affection peut être la seule expression de la lésion du trijumeau. La *paralysie de la branche motrice* est habituelle, se traduisant par la paresse des muscles masticateurs; la *paralysie des nerfs craniens voisins* est fréquente : VI, VII, VIII, IX. Le système nerveux est par ailleurs indemne. La lymphocytose céphalo-rachidienne est de règle. Les accidents cutanés ou muqueux ne sont pas rares, facilitant le diagnostic étiologique.

Ces névralgies tertiaire sont tenaces, lentes à guérir, mais **guérissent par le traitement médical, sans interventions chirurgicales,** dont on connaît la terrible gravité dans cette région.

— *Névralgies associées au tabes*, **marquant parfois le**

début d'un tabes mono-symptomatique ; la lésion est uniquement sensitive, frappant le nerf sensitif de la V^e^ paire, comme elle atteint une racine postérieure rachidienne ; elle respecte au moins pendant longtemps la branche motrice. Elle est souvent bilatérale et atteint avec prédilection les branches supérieures. Les douleurs sont sourdes ou violentes, tantôt permanentes, pongitives, tantôt fulgurantes ; elles s'accompagnent d'hyperesthésie, d'ordinaire d'anesthésie tactile et douloureuse souvent thermique, de troubles trophiques : bouffées de chaleur, érythème, *œdème* passagers, éruptions vésiculeuses bulleuses cutanées ou *muqueuses*, chute spontanée indolente des dents, mal perforant buccal. La lymphocytose est constante.

La *forme localisée linguale* est une des plus intéressantes : crises névralgiques, brûlure continue, « traits de feu » intermittents, éruptions « en plaques lisses non érosives sur la moitié antérieure de la langue.

Quoique associée au tabes, la névralgie quaternaire réagit heureusement au traitement.

— *Névralgies réflexes*, diffuses et mobiles, d'ordinaire non violentes, partant d'ulcérations buccales, linguales, nasales, laryngées ; ces ulcérations, par elles-mêmes, sont déjà douloureuses.

Nerf facial. — Tantôt la paralysie faciale est *précoce*, survenant parfois dès le premier ou le troisième mois. C'est une névrite, identique à la paralysie dite *a frigore*. Parfois elle est *bilatérale* ; parfois elle est précédée ou accompagnée de *douleurs*, sortes d'accès paroxystiques revenant surtout la nuit. Ces deux caractères de bilatéralité, de douleurs paroxystiques nocturnes, doivent toujours faire penser à la syphilis. La guérison par le traitement est rapide en trois à quatre semaines.

Tantôt la paralysie faciale est *tardive*, survenant 3, 10, 20 ans après le chancre ; elle est due à une compression par un infiltrat méningé, une périostose. Les nerfs voisins sont

habituellement lésés : VIII, VI, V. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du traitement.

Nerf auditif. — Les lésions de la VIII[e] paire revêtent les types suivants : labyrinthite foudroyante, labyrinthite aiguë, labyrinthite lente (vertige de Ménière) ; elles sont isolées ou associées à d'autres paralysies craniennes : VII.

Les autres paires craniennes ne sont qu'exceptionnellement atteintes.

Névrites rachidiennes.

Tous les nerfs peuvent souffrir de la syphilis : névralgie intercostale, névrite du nerf cubital (Gaucher) de la période secondaire, etc., et surtout **sciatique** qui le plus souvent est une radiculite (v. p. 345).

***

SYPHILIS OCULAIRES

En dehors des paralysies des muscles oculo-moteurs, des troubles pupillaires, des lésions du nerf optique, le globule oculaire est encore fréquemment lésé dans la syphilis :

Chancre et plaques muqueuses de la conjonctive, etc.

Kératite interstitielle ou parenchymateuse (ces deux termes sont synonymes) ; kératite ponctuée ; K. neuroparalytique ; gomme de la cornée ; taies de la cornée.

Episclérite, sclérite, gommes sclérales.

Iritis, dont on connaît l'importance, la fréquence, la gravité, quand elle est mal soignée, ou tardivement diagnostiquée.

Cyclite : dépôts, troubles du corps vitré, opacité du cristallin, gommes.

Choroïdites, chorio-rétinites.

Rétinites hyperémique, hémorragique, proliférante, centrale ; à rechutes ; pigmentaire ; endartérite.

Cataracte.

Glaucome, myopie, exophtalmie, etc...

Il nous est impossible de donner la description, même résumée de ces affections ; le praticien, qui décèle une lésion oculaire chez un syphilitique, doit faire appel à ses connaissances spéciales en ophtalmologie (voir précis de cette collection) ou recourir à un spécialiste, mais, même s'il se déclare incompétent en ophtalmologie, *le médecin doit toujours regarder les yeux des syphilitiques et dès que l'œil devient « rouge », il doit, en attendant le traitement spécial, appliquer le traitement palliatif suivant, qui a l'avantage de prévenir les complications graves :*

Instiller de trois en trois heures, jusqu'à dilatation complète, deux gouttes de sulfate neutre d'atropine au 1/100, puis, les jours suivants, entretenir cette dilatation par une ou deux instillations [1].

Plusieurs fois par jour, bain d'œil avec une solution faible et chaude de cyanure de mercure au 1/5000 à 1/2000

1. L'atropine a une contre-indication : l'hypertonie du globe oculaire ; on voit dans ce cas les douleurs augmenter et l'on sent le globe tendu et dur en le palpant à travers les paupières entre les deux index.

On remplacera alors l'atropine par la pilocarpine.

Nitrate (ou chlorhydrate) de pilocarpine . 0,05 à 0 gr. 10
Eau distillée bouillie. . . . . 10 centimètres cubes.

Dans l'intervalle, introduire gros comme une tête d'allumette de la pommade :

Oxyde jaune de mercure . . . . : 0 gr. 10
Vaseline blonde, *neutre* et stérile : 10 grammes

Poser trois sangsues à l'angle externe de l'œil.

Application sur les paupières fermées de rondelles de coton hydrophile imbibé d'eau bouillie ou d'infusion de camomille ou de pavot très chaude à 50 degrés pendant quinze à vingt minutes, trois fois par jour, en les renouvelant de minute en minute.

Protéger l'œil par un pansement et un bandeau noir ou part des lunettes fumées.

Si les douleurs sont trop vives, on tentera sur la tempe du côté malade les frictions d'onguent mercuriel belladoné ou même une injection de morphine.

(Il est classique encore de prescrire : dans l'iritis, des purgatifs salins légers et des bains de pieds sinapises; - dans les choroïdites, des cures sudorifiques obtenues par l'injection sous-cutanée de pilocarpine ou l'ingestion de jaborandi.)

Il est évident que parallèlement à ce traitement local, on continuera, on reprendra ou on renforcera le traitement général : injection intra-veineuse de cyanure, etc.

Parfois on porte le mercure localement par une injection sous-conjonctivale de solution mercurielle faite après instillation de quelques gouttes de cocaïne à 4 p. 100. On enfonce l'aiguille sous la conjonctive parallèlement à la sclérotique, le malade regardant en haut et en dedans et on injecte quelques gouttes de solution de sublimé ou de cyanure au 1/1000. Ces injections sont douloureuses et suivies de réactions locales souvent assez vives.

***

SYPHILIS AURICULAIRES

De même que pour l'œil, il faut faire appel à des connaissances spéciales.

La syphilis réalise des labyrinthites lentes ou brusques (vertige de Ménière), etc., des troubles et des lésions de nerfs auditifs et des centres auditifs.

Il n'y a pas de traitement local d'urgence, sauf en cas d'hypertension cérébrale, la ponction lombaire.

CHAPITRE XVI

SURVEILLANCE ET TRAITEMENT DE LA SYPHILIS ANCIENNE LATENTE

I. — Le malade n'a pas eu de récidive : examen clinique et sérologique annuel. Opportunité d'un traitement de sûreté entre la sixième et la quinzième, année, p. 329.
II. — Le malade a eu une récidive : le traiter jusqu'à disparition des accidents cliniques et de la séro-réaction positive, et en outre faire un traitement de sûreté qu'il faudra graduer suivant chaque cas p. 330.
Nécessité d'une surveillance toute la vie, p. 331.

Deux cas différents se posent en pratique :

I. — Le malade, qui a plus ou moins exactement suivi le traitement surveillé des périodes primaire et secondaire et le traitement périodique de sûreté des quatre ans, n'a plus présenté d'accidents. On le surveille tous les ans : examen des téguments, des muqueuses (en particulier au point de vue leucoplasie v. p. 332), des viscères aorte, reins), du système nerveux (v. p. 294) ; par prudence on fait tous les ans la réaction de Wassermann ; au moindre soupçon de lésion nerveuse persistante, on pratiquera la ponction lombaire (v. p. 297).

Si l'examen clinique et sérologique reste négatif, il semble inutile de faire des cures mercurielles, car, ainsi que l'a

montré Gaucher, le traitement n'a pas de « pouvoir préventif » en période tertiaire. Autrefois, alors que l'on n'avait pas la séro-réaction, beaucoup d'auteurs préféraient, avec Fournier, faire quelques cures de sûreté entre la 6e et la 15e année, c'est-à-dire à l'époque où les accidents viscéraux nerveux parasyphilitiques sont les plus fréquents. Il serait prudent de continuer cette ancienne pratique : exiger de la 6e à la 10e année tous les ans une cure mercurielle et iodurée, de deux mois par exemple, sous prétexte de saison d'eau ; puis de la 10e à la 15e année, on ferait une cure mercurielle et deux cures iodurées d'un mois chaque année. C'est affaire d'appréciation, le médecin devra se guider en cela sur les prédispositions héréditaires et personnelles du malade.

II. — Le malade surveillé a présenté une récidive clinique ou sérologique (on entend par là une réaction de Wassermann positive sans accidents visibles). On le traite jusqu'à disparition des accidents.

Mais après la guérison clinique que faut-il faire ? Rien n'est plus difficile à dire, car la conduite à tenir varie suivant chaque malade. Le but est d'obtenir une infection éteinte; la séro-réaction étant le signe le plus sensible, le but à atteindre est donc la réaction de Wassermann négative.

Un malade a eu une récidive grave : lésion muqueuse destructive tenace, gommes osseuses à répétition, artérite cérébrale, accidents oculaires, etc... Il est évident que le traitement devra être prolongé par cures successives pendant plusieurs mois après la disparition de la séroréaction. Gaucher préconise chaque mois dix jours de mercure, dix jours d'iodure, dix jours de repos.

Je préfère être trop prudent : par exemple un de mes malades, déjà atteint d'hémiplégie qui avait guéri, eut une deuxième attaque d'hémiplégie qui, traitée trop tardivement à la campagne, lui laissa une parésie spasmodique définitive, etc.

Un malade, au contraire, n'a eu qu'un bouquet de papules ou simplement un retour de la séroréaction, le traitement n'a pas besoin d'être aussi sévère. On fait un traitement de trois mois par exemple, dix jours de piqûres, dix jours de frictions chaque mois, on attend deux mois et on fait la séroréaction : si elle est positive on recommence la même cure et on refera une deuxième séroréaction et ainsi de suite, en s'aidant au besoin des injections huileuses musculaires de 914, 1116, 1151. Si la séro-réaction est négative, on fait par prudence une nouvelle cure de trois mois.

De même qu'en période secondaire latente, on ne peut donc donner de formule schématique applicable à tous les malades indistinctement, *il faut au contraire graduer sa thérapeutique suivant chaque cas.*

Les années suivantes le malade sera surveillé comme dans le premier cas, c'est-à-dire *examen clinique* et *séroréaction annuels. Toute la vie le syphilitique sera ainsi surveillé,* je l'ai déjà dit et j'y insiste encore à dessein, car des accidents peuvent survenir 40, 49, 60 ans même, après le chancre!

CHAPITRE XVII

SYPHILIS ET CANCER[1]

La syphilis est la cause de la plupart des états précancéreux : *leucoplasie*, p. 323.
D'où prophylaxie des cancers en prévenant les états précancéreux, en les diagnostiquant précocement, en les traitant, en les détruisant, p. 333.
Nécessité d'une surveillance systématique des muqueuses, p. 335.

La fréquence de la syphilis dans les antécédents des cancéreux (qui depuis longtemps est enseignée par Pierre Marie) est plus qu'une coïncidence.

Il est désormais admis que la plupart des cancers de la langue naissent sur des plaques de leucoplasie. Or l'on sait depuis Landouzy que toutes les leucoplasies linguales, labiales, génitales, etc. sont d'origine syphilitique. On a justement insisté avec Gaucher et Sergent sur la structure déjà métatypique des papillomes leucoplasiques, véritables « *états précancéreux* », suivant l'expression si exacte de Ménetrier. La genèse des cancers de la

1. Si court que doive être ce chapitre, je l'ai individualisé à dessein, afin de lui donner l'importance qu'il a à mes yeux et qui n'est pas encore assez connue.
Voir Gougerot, Syphilis et cancer, *Journal des Praticiens*, 14 septembre 1912.

langue est donc facile à résumer : syphilis, leucoplasie, dégénérescence de la leucoplasie, cancer.

La même pathogénie s'applique à la plupart des cancers des autres muqueuses pavimenteuses : lèvres, bouche, pharynx, larynx, muqueuse balano-préputiale, vulvaire, vaginale et col de l'utérus, rectum et anus. J'ai même pu en donner la démonstration dans deux cas de cancer de l'œsophage.

Peut-être en est-il de même de quelques cancers cutanés [1] et de certains cancers cylindriques. Cette pathogénie est moins compréhensible, à moins d'admettre, ce qui nous paraît probable, que la syphilis irrite les muqueuses à épithéliums cylindriques et favorise la production d'adénome, de même qu'elle crée les plaques de leucoplasie.

***

De ces faits, découle une notion pratique d'importance capitale : la **prophylaxie des cancers** pavimenteux des muqueuses, de certains cancers cutanés et peut-être de quelques cancers cylindriques, *en traitant mieux et plus longuement les syphilitiques*, c'est-à-dire en modifiant le terrain, *en supprimant les irritations locales* (tabac, etc.) qui favorisent l'apparition des plaques leucoplasiques, c'est-à-dire en *prévenant les états précancéreux*.

Si ces états précancéreux se sont développés, la prophylaxie anticancéreuse peut encore beaucoup, *en traitant les plaques de leucoplasie, en les surveillant* si elles résistent à la médication locale, enfin *en les détruisant dès qu'elles commencent à s'étendre, à se fissurer, à s'épaissir, à plus forte raison dès qu'elles se mettent à bour-*

1. La plupart des cancers cutanés ont une tout autre origine : ils anissent sur des papillomes : crasse sénile, nævus, etc.

geonner. A cette époque, l'ablation peut être partielle, c'est-à-dire bénigne, et l'on sait que Reclus obtient les meilleurs résultats, par l'ablation à la stovaïne des placards végétants, dans cette variété de leucoplasie qu'il appelle l'épithéliomatose bénigne en surface.

Il importe donc de faire le **diagnostic précoce de ces états précancéreux**. Les plaques leucoplasiques sont faciles à reconnaître : forme irrégulière à la langue, triangulaire à la face interne des joues, placards petits ou grands, quadrillés (parquetés), diffus ou bien limités; teinte blanc-nacré; surface lisse et brillante; extrême adhérence; enfin résistance à la thérapeutique générale, ce qui les différencie des accidents secondaires dits leucoplasiformes (v. Diagnostic, p. 418).

Dès que le diagnostic en est posé, il faut essayer de traiter ces états précancéreux.

Le **traitement** des leucoplasies est souvent ingrat et difficile : le traitement général antisyphilitique mercuriel et, dit-on, arsenical, l'hygiène buccale et la suppression des causes irritatives (tabac, alcool) peuvent guérir la leucoplasie naissante; ils enrayent la leucoplasie confirmée, mais ne la font pas disparaître; il faut un traitement local.

1° Lavage au borate de soude à 5 p. 100, au chlorate de potasse, à l'eau de Saint-Christau;

2° Puis cautérisation avec le baume du Pérou, ou le bichromate de potasse au 1/50, en élevant progressivement les doses : on se souviendra dans ce traitement que rien n'est plus dangereux que d'irriter une plaque de leucoplasie qui commence à s'hypertrophier, il vaut mieux, dans ce cas détruire franchement toute la lésion en une fois;

3° Enfin destruction au galvanocautère des plaques isolées, ou décortication de la muqueuse avec le galvanocautère (Perrin), ou ablation large à l'anesthésie stovaïnique (Reclus).

La radiothérapie, la radiumthérapie sont encore à l'étude et leurs résultats sont discutés.

***

Cette **surveillance prophylactique** *du cancer*, qui commence à s'imposer (et avec quelle peine !) pour la langue et pour la bouche, doit *s'étendre aux autres muqueuses* : lèvres, larynx, muqueuses balano-préputiale, vulvo-vaginale, col de l'utérus, et même à l'œsophage ; il ne faut pas hésiter à recourir à l'œsogoscopie dès qu'il existe le moindre soupçon : peut-être arriverait-on assez tôt pour détruire la plaque de leucoplasie qui dégénère.

En résumé, chaque fois que les anciens syphilitiques viennent se faire faire leur examen périodique annuel, il faut penser à l'évolution insidieuse de ces états précancéreux et visiter leurs muqueuses. Pour la bouche, rien n'est plus facile : pour les muqueuses génitales, on use d'artifice : sous prétexte de chercher des plaques muqueuses ou des gommes, je fais toujours l'examen au spéculum du col utérin, et j'ai la conviction d'avoir une fois détruit un cancer naissant de l'utérus en enlevant au galvanocautère, une plaque leucoplasique du col déjà végétante, véritable graine de cancer aussi que le prouva l'examen histologique. Aussi suis-je persuadé qu'en traitant et en surveillant mieux les syphilitiques, le médecin peut prévenir et enrayer nombre de cancers.

CHAPITRE XVIII

SYPHILIS D'ÉVOLUTION ATYPIQUES

SYPHILIS MALIGNES

I. — Chancre malin phagédénique : (traitement ioduré, absence d'irritation locale), p. 336;
II. — Syphilis malignes précoces généralisées (ecthyma, etc.) p. 338;
III. — Syphilis consomptives, fébriles (typhose syphilitique), p. 339;
IV. — Syphilis malignes précoces localisées, cutanéo-muqueuses, phagédéniques, destructrices, p. 339;
V. — Syphilis malignes précoces viscérales, p. 340;
VI. — Syphilis malignes tardives tertiaires, p. 340.

A coté des syphilis, dites typiques, dont l'évolution se déroule suivant les périodes secondaire, tertiaire, on a classé de tous temps des syphilis d'évolution atypique : les syphilis malignes sont les plus intéressantes.

La syphilis peut être maligne à toutes ses périodes : il y a donc des chancres malins, des syphilis malignes précoces « secondaires », des syphilis malignes tardives « tertiaires ».

I. — A la période du *chancre*, la syphilis peut être maligne par l'extension phagédénique en surface et en profondeur de l'accident initial (v. p. 165 et Planche **7**, fig. 3, **10**, fig. 1, **14**, fig. 1 et 2). Le **chancre phagédénique**

PLANCHE 43

Syphilis maligne précoce

Tout le corps est criblé de ces syphilides graves, elles sont presque aussi nombreuses que les éléments de roséole et aussi graves que les accidents tertiaires destructeurs d'ecthyma syphilitique. On reconnaît le polymorphisme évolutif habituel de ces syphilis malignes : des éléments petits papulo-squameux entourés de la collerette de Biett restent simplement papuleux, d'autres deviennent pustulo-croûteux au centre ; en grossissant, ils deviennent croûteux et ulcéreux. La croûte enlevée laisse voir une ulcération profondément entaillée.

Gougerot, *Syphilis*, p. 337. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

peut ainsi détruire, le gland, la verge, en dehors de toute infection secondaire décélable. Ce chancre peut s'accompagner d'infection secondaire : adénite suppurée, etc.

Tantôt ce chancre malin est suivi d'accidents secondaires, dans les délais habituels, le diagnostic ne souffre pas de difficultés.

Tantôt, au contraire, le chancre semble résumer toute la maladie ; il dure des mois, progressant lentement surtout si on l'irrite; mais il n'est pas suivi d'accident secondaire .C'est au point qu'on a pu se demander si ce chancre était vraiment syphilitique, d'autant que quelques auteurs n'ont pas trouvé des spirochètes et pas de séroréaction positive. Pourtant la méthode des confrontations affirme leur nature syphilitique ; par exemple un malade a pris ce chancre malin à une prostituée atteinte de syphilis vulvaire et il a donné à sa femme légitime une syphilis bénigne.

On doit commencer le traitement mercuriel et ioduré général dès que l'on soupçonne le diagnostic, même si la recherche des spirochètes et la séroréaction étaient négatives. On fera des injections fessières de benzoate de mercure et surtout on administrera de *l'iodure de potassium*, 3,4 grammes par jour, c'est le médicament héroïque. Dans la plupart des observations, plus on irrite le chancre, plus il progresse ; on ne doit donc pas s'attarder aux caustiques : chlorure de zinc, calomel, je ne sais même pas s'il faudrait essayer les antiseptiques faibles : cyanure de mercure au 1/000, iodoforme ; le mieux est le sérum salé isotonique en pulvérisations et en pansement humide.

Si au bout de quelques jours de traitement général ioduré, et malgré les pansements aseptiques, le phagédé-

nisme continuait, on tenterait le 606 ou 914 en injections veineuses et le 606 en application locale. En cas d'insuccès, je recourrais à la cautérisation par l'air chaud à 700° qui fait merveille dans les gangrènes.

II. — Au moment de *l'explosion secondaire*, la syphilis peut être maligne par la gravité des accidents disséminés. Après avoir eu un chancre bénin ou grave, le malade, au lieu d'avoir une roséole ou une éruption papuleuse, est couvert de larges accidents *tubéreux*, *tubéro-crustacés*, *ulcéreux*, purulents ou puro-vésiculeux, ecthymateux ou rupioïdes, voire même ulcéro-gangréneux. Ces accidents sont aussi nombreux et aussi généralisés que les macules de roséole qu'ils remplacent[1]; ils sont aussi graves et aussi ulcéreux que peuvent l'être les accidents tertiaires tardifs : ce sont des accidents tertiaires généralisés en période secondaire (Planche **43**), d'où le nom de **syphilis maligne précoce généralisée**.

Le traitement mercuriel par les piqûres sous-cutanées de benzoate, de salicylarsinate quotidiennes, l'ingestion d'iodure de potassium (4 grammes *pro die*) suffiront le plus souvent à enrayer et guérir ces accidents graves. Si après un essai de douze jours, les progrès n'étaient pas notables, il faudrait recourir sans tarder au 606, 914, 1116 ou 1151.

1. Entre les roséoles mêlées de papules et les syphilis malignes à accidents ulcéreux généralisés, on peut sérier tous les intermédiaires; il est donc difficile de limiter exactement ce qu'on appelle syphilis malignes précoces : Fournier fait rentrer dans ce groupe les syphilides tubéreuses, etc., et jusqu'aux syphilides pigmentées nigricantes (v. p. 202). Il cite encore une forme exceptionnelle : *syphilis maligne papuleuse exfoliante*, qui résulte de la confluence de syphilides papuleuses en nappe et de leur desquamation. (v. p. 189 et Planche **44**, fig. 1. p. 339).

FIG. 1. — **Syphilis maligne précoce : Syphilides papuleuses exfoliantes en nappe**

Larges placards rosés desquamants, de forme irrégulière quoique ayant tendance à prendre la forme ronde.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Gougerot, *Syphilis*, p. 338.

FIG. 2. — **Syphilis maligne localisée du nez**

Mutilante et térébrante, ayant détruit la presque totalité des parties molles du nez et le squelette endonasal. Cette syphilis a été précoce, survenant six mois seulement après le chancre.

La surveillance et le traitement périodique de tels malades devront être particulièrement sévères.

III. — Au moment des *éruptions secondaires* bénignes (roséole, papule, etc.), ou malignes, la syphilis peut être maligne par l'intensité des phénomènes généraux : anémie allant jusqu'à *consomption*, état fébrile allant jusqu'à simuler la fièvre *typhoïde*. (v. p. 177).

Le traitement mercuriel et ioduré, associé à l'iodure de fer et à l'hectine seront tentés pendant quelques jours ; et en cas d'insuccès, on fera du 606, 914, 1116, 1151, qui parfois arrêtent en 24 heures la fièvre et les troubles généraux.

IV. — En *période secondaire*, après un chancre et des accidents secondaires qui le plus souvent ont été bénins, et parfois même ont été méconnus, la syphilis peut être maligne par l'apparition d'accidents localisés destructeurs, analogues aux accidents tertiaires, et souvent plus graves. Par exemple une syphilide cutanée ulcéreuse en nappe, une syphilide muqueuse destructrice du voile du palais, du nez, etc., apparaissent au cours de la première année : un de nos malades, sept mois après un chancre bénin et une roséole qui passa inaperçue, eut une syphilide phagédénique qui a détruit la plus grande partie des parties molles du nez, les fosses nasales, la cloison ; heureusement le traitement ioduré intervint avant que la voûte palatine fût attaqué. Ce sont des **syphilis malignes précoces localisées** (Planche **44**, fig. 2).

Le traitement doit commencer par être mercuriel et ioduré, on s'aidera d'un traitement local approprié à chaque cas. Si au bout de 8, 12 jours, les lésions ne

montrent pas de tendance à la guérison, il faut, sans tarder, injecter le 606, 914, 1116, 1151. On n'oubliera pas d'enlever les séquestres lorsqu'il en existe, par exemple dans les fosses nasales ; l'enfumage iodé nous a donné dans un cas de bons résultats.

V. — Enfin, la syphilis secondaire peut être maligne par ses **localisations viscérales précoces** : méningite grave survenant avant ou pendant le roséole, néphrite aiguë apparaissant du quatrième au dixième mois, ictère grave, surrénalite mortelle, hémiplégie, etc.

VI. — La syphilis en vieillissant a moins de tendance à produire des accidents cutanés ou muqueux phagédéniques malins ; elle est surtout grave par la répétition de ses atteintes sur un même système : gommes en série mutilantes de la face et du cuir chevelu ; gommes osseuses à répétition, etc. Ce qui constitue la réelle malignité de cette période, ce sont les localisations viscérales et nerveuses, etc. (v. p. 292).

Quelle est la cause de cette malignité précoce ou tardive ? Tantôt on trouve une diminution de résistance du terrain, le malade est un ouvrier, fatigué et alcoolique, un mondain, surmené et préoccupé, un convalescent, un tuberculeux fruste d'où l'indication d'un traitement général : iodotannique, iodure de fer, arsenicaux. Tantôt on ne peut qu'incriminer une virulence du tréponème : d'où l'indication d'un traitement plus puissant.

Heureusement ces syphilis malignes précoces ne sont pas toujours graves par la suite, beaucoup, peut-être parce qu'elles ont été longuement soignées, s'éteignent pour ne plus reparaître.

CHAPITRE XIX

HÉRÉDO-SYPHILIS

Les facteurs d'hérédo-syphilis, p. 341 :
Traitement préventif de l'hérédo-syphilis : traitement mercuriel, traitement arsénical avant et pendant la grossesse, p. 343.
Accidents hérédo-syphilitiques et dystrophiques, p. 346.
I. Hérédo-syphilis cause d'avortement ; hérédo-syphilis mortelle du fœtus, p. 347.
II. — du nouveau-né, p. 348.
III. — précoce, p. 349.
IV. — tardive, p. 351.
V. — dystrophique : les stigmates, p. 355.
Diagnostic : recherche des stigmates, examen des frères et sœurs, interrogatoire et examen des parents, réaction de Wassermann chez la mère et chez l'enfant, traitement d'épreuve, p. 356.
Traitement mercuriel et ioduré ; traitement arsenical, p. 357.
Traitement de sûreté périodique et surveillé, prolongé pendant cinq ans, p. 359.
Pronostic : avenir de l'hérédo-syphilitique, p. 360.
Résumé, p. 362.

Les facteurs de l'hérédo-syphilis

La transmission de la syphilis au fœtus est d'autant plus fréquente que la syphilis de la mère est plus active. On a discuté longtemps, à coups de statistiques, sur les lois de transmission de l'hérédo-syphilis et l'on a distingué :

— Une hérédo-syphilis ovulaire : la femme seule est

infectée, l'homme pouvant être sain ; l'enfant a toutes les chances d'être contaminé si la syphilis de la mère est en activité. C'est pour cela que la polyléthalité décroissante est si fréquente : fausses-couches de plus en plus âgées, puis accouchement prématurés, morts-nés, enfants vivants mourant précocement, enfin enfants vivants et survivants. Toutefois la faculté de transmission persiste chez la femme pendant des années, même en syphilis tertiaire. Fournier a cité des cas de transmission hérédo-syphilitique dix-huit et vingt ans après le chancre.

— Une hérédo-syphilis spermatique : le trépomène infecte l'ovule et par conséquent l'œuf, sans infecter forcément la mère, au moins au début. La morbidité est de 37 p. 100, la mortalité de 28 p. 100 d'après Fournier. La mère qui porte dans son sein cet enfant syphilitique peut rester saine, disent les classiques, et, malgré qu'elle ne soit pas syphilitique, elle peut nourrir son enfant virulent sans danger, car elle est immunisée (Loi de Colles-Baumès). Ces faits sont très discutés : d'une part, on conteste l'hérédo-syphilis d'origine spermatique sans que la mère soit infectée et l'on croit que si la mère résiste, c'est parce qu'elle est déjà infectée de façon latente. D'autre part, on admet que la mère restée saine peut être contaminée par son enfant (exceptions à la loi de Colles).

— Une hérédo-syphilis germinative : les deux procréateurs sont syphitiques, l'enfant naît hérédo-syphilitique dans 92 p. 100 des cas et meurt dans 68,5 p. 100 d'après Fournier.

— Une hérédo-syphilis post-conceptionnelle : la mère est contaminée après le début de la grossesse, elle infecte l'œuf après sa procréation ; la morbidité est de 84 p. 100, la mortalité de 60 p. 100. Les classiques admettent avec Gaucher que si la syphilis est contractée pendant les cinq premiers mois de la grossesse, la syphilis de l'enfant est la règle constante ; si la syphilis est contractée le 6e ou le 7e mois, l'hérédo-syphilis est probable ; après le 7e mois,

elle devient l'exception (v. pour l'allaitement, p. 377). Des travaux récents s'appuyant sur la réaction de Wassermann affirment au contraire que l'enfant est toujours infecté (Bobrie), mais que la gravité de la syphilis post-conceptionnelle décroît avec l'âge du fœtus.

En pratique :

La mère a une influence prépondérante dans l'hérédo-syphilis et les deux facteurs de transmission héréditaire de la syphilis qu'il faut avant tout faire ressortir sont :

1° l'activité de la syphilis de la mère ;

2° l'intensité du traitement anti syphilitique avant et pendant la grossesse.

Il en résulte qu'une femme atteinte de syphilis active doit s'abstenir de procréer, ou si la grossesse arrive, le traitement doit être immédiatement institué.

La syphilis du père n'a d'importance que parce qu'elle contamine la mère et parce que le spermatozoïde est dystrophique.

Il en résulte que le syphilitique ne doit pas procréer avant que l'infection ne soit latente cliniquement et sérologiquement.

***

Traitement préventif de l'hérédo-syphilis

Traitement avant et pendant la grossesse

La meilleure prophylaxie de l'hérédo-syphilis est le traitement de l'infection syphilitique des parents. Les syphilitiques ne doivent donc se marier qu'avec l'autorisation du médecin basée sur une sévère observation.

Avant la procréation, les deux procréateurs doivent

faire une cure antisyphilitique de sûreté. Mais le plus souvent le médecin est placé devant le fait accompli : la grossesse commençante. Immédiatement, il instituera un traitement dissimulé on non, avec la complicité du mari sous prétexte de fortifiant.

Traitement mercuriel. — Si la mère a eu ou a une syphilis active, il recommandera, avec Gaucher, chaque mois, dix jours de piqûres, dix jours de pilules, dix jours de repos.

Si la mère paraît saine, il se bornera à conseiller quinze à vingt jours de pilules ou de lactate par mois.

En tous cas, même si la syphilis du père est ancienne, même si la mère paraît saine, la nécessité du traitement est absolue.

On sera étonné des heureux effets de ce traitement s'il est commencé dès le deuxième ou troisième mois de la grossesse, même si la mère est en pleine syphilis secondaire active (Gaucher). Au contraire, plus tardif est le traitement, plus l'enfant a chance de naître dystrophique, virulent, ou mort.

Traitement arsenical. — Ce traitement mercuriel, inoffensif si les urines sont surveillées, est pour beaucoup d'accoucheurs assez souvent inefficace. En effet, Sauvage, dans son rapport, où il résume les statistiques intégrales de Pinard, Champetier de Ribes, Boissard et Potocki, écrit :

« Chez 133 femmes, soit dans 6 p. 100 des cas, le traitement mercuriel ou mixte, pendant la gestation, a été incapable de faire disparaître des lésions de syphilis en activité qui étaient encore en pleine évolution au moment de l'expulsion du produit de conception, — le

produit de conception a été expulsé mort, ou est mort rapidement après la naissance dans 73,54 p. 100 des cas. — Resté vivant pendant la durée habituellement très courte du contrôle obstétrical, il a eu des accidents de syphilis dans 10,18 p. 100 des cas ».

« Pour 163 femmes sans accidents pendant la gestation et soumises au traitement mercuriel ou mixte régulier », Sauvage note « 66,25 p. 100 d'enfants vivants sans accidents pendant les premiers jours de la vie: 14,72 p. 100 d'enfants syphilitiques; 19 p. 100 de macérés, d'avortements (non explicables par une autre cause que la syphilis) et d'enfants venus au monde pour mourir ».

C'est pourquoi plusieurs auteurs ont proposé d'appliquer à la syphilis active de la grossesse les puissants antisyphilitiques arsenicaux, 606, 914. — Jeanselme vient de publier ses résultats « encore peu nombreux, mais très significatifs » qu'il oppose aux précédentes statistiques de traitement mercuriel : « 14 femmes mises au traitement par le 606, à des époques variables de la grossesse accouchent toutes sans exception d'un enfant vivant. — Ces enfants étaient tous en vie le huitième jour après leur naissance. — Dans la suite, quatre d'entre eux ont succombé (le 9e, le 17e, le 79e, le 120e jour), mais à d'autres maladies que la syphilis. »

Jeanselme conseille la pratique suivante, qui lui a évité les accidents [1] et avortements :

« Procéder à un examen des principaux organes (cœur, foie et rein en particulier); s'assurer avant chaque injec-

1. Bar a cité un cas de mort, rapporté il est vrai, à une albuminurie gravidique aggravée par le 606.

tion que les urines ne contiennent pas une notable quantité d'albumine, fractionner les doses et les multiplier de manière à éviter l'intolérance sans nuire à l'effet thérapeutique. En général, chaque malade reçoit une série de cinq à six injections, espacées de huit en huit jours; la première est seulement de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 de 606, les suivantes de 0 gr. 30 à 0 gr. 40. Si le traitement a été institué dès les premiers mois de la grossesse, il est possible de faire une seconde série d'injections séparée de la première par un intervalle de deux mois environ.

« Lorsque la fonction rénale laisse à désirer, j'abaisse les doses à 0 gr. 15 et même 0 gr. 10...

« La dose moyenne de 606 injectée à chaque malade a été de 1 gr. 80 à 2 gr. 40 en six injections. »

Jeanselme n'a observé aucun inconvénient : ni oligurie persistante, ni « accroissement notable d'une albuminurie », ni métrorragies; il n'a remarqué que quelques coliques utérines sans conséquences fâcheuses; « non seulement le 606 n'a pas provoqué l'avortement, mais il est indéniable qu'il a annihilé l'action fœticide de la syphilis. » (Jeanselme.) Il semble utile de faire en outre un traitement mercuriel : pilules, etc... (v. p. 344).

***

Accidents hérédo-syphilitiques et dystrophiques.

L'hérédo-syphilis comporte tous les degrés :

I. Elle peut être si grave qu'elle interrompt la grossesse : le fœtus meurt et l'on découvre, lorsqu'il est expulsé, des lésions diffuses.

II. Elle peut se manifester dès la naissance : l'enfant naît porteur de lésions virulentes, les lésions sont habituellement du type secondaire ($H\Sigma^2$).

III. Elle peut être précoce : le nourrisson naît indemne, mais présente des lésions virulentes à l'âge de deux, quatre, douze semaines. Ces lésions sont tantôt du type secondaire ($H\Sigma^2$), tantôt du type tertiaire : gomme, etc., ($H\Sigma^3$).

IV. Elle peut être tardive, c'est-à-dire apparaître ou réapparaître au bout de plusieurs années et même à l'âge adulte; les lésions sont parfois du type secondaire (papules, plaques muqueuses) le plus souvent elles sont de type tertiaire (gommes, lésions viscérales) ($H\Sigma^3$), quelquefois du type quaternaire ou parasyphilitique (tabes, etc.) ($H\Sigma^4$).

V. Elle peut se borner à des dystrophies sans que l'enfant paraisse porteur de tréponème, donc sans qu'il ait jamais de lésions virulentes : c'est l'hérédo-syphilis dystrophique de Fournier, l'hérédo-syphilis quintaire de Gaucher ($H\Sigma^5$).

Il est fréquent d'observer des mélanges : un enfant naît avec des syphilides secondaires $H\Sigma^2$, il a peu après une récidive de $H\Sigma^2$ ou $H\Sigma^3$ et quelques mois plus tard, il s'affirme porteur de dystrophies ($H\Sigma^5$).

I. **Syphilis mortelle du fœtus.** — La syphilis détermine le plus grand nombre des fausses-couches, avortements et accouchements prématurés. La grossesse, qui a paru normale, ou qui a été troublée par de l'hydramnios « sorte d'ascite fœtale » due aux lésions hépatiques, est interrompue plus ou moins précocement par la mort du fœtus. Le fœtus est bientôt expulsé.

Le plus souvent le fœtus est macéré, rouge, sanguinolent, il est tuméfié par un œdème rouge sous-cutané ou au contraire ridé; l'épiderme décollé s'exfolie par lambeaux; les

séreuses sont imbibées de liquide sanguinolent, les viscères sont ramollies, brunâtres.

Parfois le fœtus ne présente pas à l'œil nu de lésions évidentes ou seulement des hémorragies cutanées et viscérales; mais l'examen histologique révèle des lésions diffuses, riches en spirochètes, dans la plupart des viscères.

Chez ces morts-nés, plus encore que chez les hérédo-syphilitiques qui survivent, les malformations congénitales sont fréquentes : arrêts de développement des yeux, des doigts, des lèvres (bec de lièvre, etc.), des organes génitaux, du système nerveux (hydrocéphalie, hydromyélie, spina-bifida); imperforations anales, monstruosités, etc.

Le placenta est presque toujours lésé, plus lourd que normalement, atteignant 1/4 du produit du fœtus au lieu du chiffre normal de 1/6; il est le siège de noyaux grisâtres plus ou moins fermes (infiltrats gommeux) et d'hémorragies. Les hémorragies du cordon sont fréquentes.

II. **Syphilis du nouveau-né**. — L'enfant naît vivant, avant terme, ou à terme, porteur de lésions virulentes.

Il est moins lourd qu'un enfant normal; il est ridé, jaunâtre, d'aspect cachectique (*cachexie fœtale*).

Il porte aux paumes des mains et aux plantes des pieds de petites bulles de 2 à 3 millimètres, rarement plus grosses, mais pouvant atteindre 10 millimètres; ces bulles naissent sur une macule rouge, contiennent de la sérosité ou du séropus; elles laissent en se vidant une exulcération rouge inégale saignante, qui peut entamer le derme; d'autres fois, elles deviennent croûteuses (*pemphigus syphilitique palmo-plantaire* Planche **45**, fig. 1). Cette éruption de syphilides bulleuses, habituellement symétrique, peut s'étendre aux membres, se répéter par poussées successives.

Les autres lésions cutanées sont plus rares : parfois l'ombilic s'ulcère. On a observé aussi du sclérème.

FIG. 1. — **Pemphigus hérédo-syphilitique palmo-plantaire et généralisé aux membres.**

Les bulles inégales contiennent un liquide séro-louche ; crevées, elles laissent apercevoir une ulcération à fond rouge ou grisâtre, superficielle.

FIG. 2. — **Hérédo-syphylis polymorphe : papuleuse et pemphigoïde généralisée.**

L'éruption est formée par un mélange de papules arrondies, inégales, rouges, de bulles de pemphigus laissant, après ulcération, une base papuleuse.

FIG. 3. — **Hérédo-syphilis ulcéro-gommeuse du tronc et des membres**

Ulcérations disséminées, inégales, arrondies ou irrégulières, à bords curvilignes et adhérents, à fond rouge ou bourbillonneux.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Gougerot, *Syphilis*, p. 348.

Les os sont souvent déformés à la palpation et surtout à la radiographie : en particulier les épiphyses des os longs.

La plupart des viscères sont lésés : le *foie*, la *rate* sont gros, percutables et palpables (l'ictère n'a pas de valeur, car il est dû à l'hémolyse physiologique), leurs lésions expliquent les hémorragies si fréquentes chez ces bébés.

Les lésions des autres viscères se traduisent rarement par des signes cliniques appréciables, sauf la pneumonie blanche ; mais si l'enfant meurt, on trouve les viscères profondément altérés : reins, myocarde, etc.

La mort est souvent rapide : en deux, trois jours, parfois même la *mort est subite*. Si l'enfant survit, il va présenter l'une des nombreuses affections énumérées ci-dessous : cachexie, troubles gastro-intestinaux, coryza, etc.

III. **Hérédo-syphilis précoce.** — Souvent le nouveau-né paraît sain à la naissance, mais il va bientôt tomber malade.

Tantôt l'enfant devient cachectique dès les premiers jours, il perd 300 à 400 grammes dans les premiers jours au lieu de 100 à 150 grammes, chiffre normal ; la chute de poids se poursuit, lente, progressive, l'enfant perdant 8 à 15 grammes par jour alors qu'un bébé normal engraisse de 25 à 30 grammes par jour ; l'arrêt de la baisse de poids et la reprise se font lentement. Cette courbe, ainsi que l'a montré Boissard, est caractéristique ; on peut observer tous les degrés, depuis l'enfant simplement maigre et chétif, jusqu'à l'athrepsique. Au contraire le traitement mercuriel fait reprendre du poids ; mais souvent l'enfant meurt : en effet le traitement mercuriel est mal supporté, aggravant les troubles gastro-intestinaux, le traitement arsenical n'est pas plus heureux, trop souvent il tue l'enfant brusquement.

Tantôt l'enfant attend 2, 3, 4 semaines, parfois même 1, 2, 3, 4 mois, avant de devenir souffrant; les lésions deviennent de plus en plus rares après le 4e mois et surtout après le 6e mois.

Les troubles observés sont très divers, ils sont isolés ou associés (Planche **46**) :

— D'ordinaire le syndrome est complexe : l'enfant devient anémique, cachectique; il maigrit, pâlit; sa peau est bistrée, ridée; le faciès est vieillot, souvent simiesque; le nez est bouché par un écoulement séro-purulent souvent fétide, ou par des croûtes, ce coryza parfois très précoce gêne la tétée; les troubles digestifs ne sont pas rares : diarrhée, abdomen météorisé. Le foie, la rate sont gros. L'enfant dort mal, se plaint sans cesse, mais son cri est faible, etc. On peut avoir tous les degrés, depuis le simple retard de développement jusqu'à l'*athrepsie* de Parrot.

— Parfois un des symptômes précédents prédomine ou s'exagère : coryza; syndrome hépato-splénique avec ou sans ascite, troubles gastro-intestinaux : soif vive, vomissements, diarrhée.

— Souvent cet état cachectique plus ou moins prononcé se complique d'éruptions cutanées muqueuses, rarement de pemphigus, exceptionnellement de roséole, ordinairement de syphilides papuleuses.

Les *papules* plates, rondes, rose-pâle ou rouge-sombre, sont disséminées, isolées ou confluentes, sur les membres inférieurs, aux pieds, etc., puis sur le reste du corps. Dans es plis cutanés des aisselles, des aines, des fesses, des cuisses, du cou, dans les sillons sous-nasal, mento-labial, rétro-auriculaire, aux paupières, près des orifices, dans les plis interdigitaux, à l'ombilic et même dans le cuir chevelu, les papules deviennent érosives, s'hypertrophient (*plaques muqueuses cutanées*), se fissurent et forment des rhagades. — (Planche **45**, fig. 2).

Hérédo-syphilis

Facies hérédo-syphilitique : nez écrasé à la base ; petites bulles pemphigoïdes disséminées ; syphilides papulo-ulcéro-croûteuses du front (placard arrondi à droite, circiné à gauche) ; syphilome papulo-croûteux diffus exulcéré des lèvres parcouru par des fissures : *rhagades hérédo-syphilitiques* ; peau émaciée flétrie du cou et du thorax, etc.

Gougerot, *Syphilis*, p. 350.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Fréquemment les poussées se répètent.

Sur l'enfant de 6 à 8 semaines, les papules sont souvent plus grosses, plus squameuses; elles prédominent aux membres inférieurs (plantes des pieds), envahissant parfois les paumes, la face, le menton (faux psoriasis).

Toutes ces papules laissent, en s'affaissant, des macules pigmentées.

D'autres fois l'éruption est polymorphe, surtout à la face, aux fesses, aux cuisses, à la région ano-génitale, où les infections secondaires dues aux souillures urinaires et fécales déterminent des ulcérations.

Souvent les lésions périorificielles, en particulier les rhagades des lèvres, sont les dernières à disparaître; elles peuvent exister seules, surtout de chaque côté du lobe médian labial, les cicatrices radiées qu'elles laissent aux lèvres sont caractéristiques[1].

Exceptionnellement on a pu noter des onyxis ou des gommes cutanées, sous-cutanées (Planche **45**, fig. 3), musculaires (du sterno-mastoïdien), des gommes osseuses, ou de la roséole, des plaques muqueuses, des adénopathies, de l'alopécie et même de la syphilis pigmentaire, etc.

Habituellement l'enfant guérit; parfois il succombe cachectique. Après l'âge de 6 mois il n'a plus d'ordinaire de manifestations hérédo-syphilitiques.

IV. **Hérédo-syphilis tardive.** — L'hérédo-syphilis

1. Le diagnostic de ces lésions cutanées, papules, ulcérations, rhagades est à faire : avec toutes les infections cutanées de l'enfance : impetigo, ecthyma; avec l'érythème simple fécal ou vésiculeux des fesses compliqué d'eczéma, et surtout avec l'*érythème papuleux post-érosif syphiloïde* de Jacquet. Cette variété de pyodermite se localise aux parties saillantes (rotondités des fesses) et non dans les plis comme les syphilides, ses éléments naissants sont vésiculeux et non papuleux, la papulation est tardive. En cas de doute on fera le Wassermann de la mère.

tardive est rare; tantôt elle succède sans interruption à l'hérédo-syphilis précoce; tantôt elle ne survient que vers l'âge de 5, 6, 8 ans, après un silence de plusieurs années; tantôt, enfin, elle est la première manifestation de l'infection, elle peut apparaître à 20, 25, 30, 38 ans. Le plus souvent elle guérit facilement; mais d'autres fois elle s'acharne sur un enfant, frappant à coups répétés les yeux et les os; d'autres fois encore, elle donne d'irrémédiables lésions nerveuses : épilepsie, tabes, etc. Sauf de rares exceptions, ces syphilis tardives qui furent virulentes à un moment, coexistent avec des dystrophies qui en facilitent singulièrement le diagnostic (voir ci-dessous, p. 355).

L'hérédo-syphilis peut léser tous les tissus[1], et, avec Fournier, Gaucher, on peut dresser les listes suivantes des principales lésions[2] :

Yeux. — **Kératite** survenant surtout de 8 à 12 ans, bilatérale, débutant par une tache trouble qui se vascularise et laisse des leucomes. — Iritis, irido-cyclite, irido-choroïdite, rétinites, toutes ces lésions pouvant aboutir à la *cécité*. — *Strabisme*. — Nystagmus (?). — Myopie (?).

Oreilles. — Otite syphilitique ou otite due à une infection

1. Pour éviter des répétitions, j'ai dû grouper, à côté de lésions résultant de syphilis active, des lésions dystrophiques, c'est qu'en effet la délimitation est souvent malaisée ; par exemple un rétrécissement aortique résulte-t-il d'une aortite ($H\Sigma^3$) ou d'une malformation ($H\Sigma^5$) ?

2. Je fais suivre d'un point d'interrogation (?) les affections dont l'étiologie syphilitique est encore discutée et ne s'applique en tout cas qu'à un certain nombre de cas. On a en effet rapporté beaucoup de choses à l'hérédo-syphilis sans preuve ou avec la seule preuve de quelques coïncidences cliniques, de même que pour les « tuberculoses inflammatoires ».

PLANCHE **47**

Hérédo-syphilis osseuse

FIG. 1. — Ostéite gommeuse en activité, tuméfie les doigts et le métacarpe, ulcérant la peau, simulant le *spina ventosa* tuberculeux.

FIG. 2 et 3. — Ostéites mutilantes guéries après élimination des séquestres.

Gougerot, *Syphilis*, p. 353. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

secondaire favorisée par le coryza. — *Surdité* brusque, etc. L'enfant sourd devient un *sourd-muet*.

Testicules. — *Ectopies*, atrophie scléreuse, orchites, hydrocele, etc. Il peut en résulter des troubles trophiques : obésité, **infantilisme**, sans doute par lésions pluri-glandulaires (v. p. 281).

Os et articulations (Planche **47**). — Toutes les variétés d'ostéites, périostites, arthrites, ont été signalées :

Faux **spina ventosa**, **coxalgie**, **tumeur blanche du genou**, **mal de Pott**, *etc.*, *qui*, **diagnostiqués tuberculeux**, *trainent pendant des mois malgré les traitements les plus divers et guérissent au contraire par le traitement ioduré et mercuriel.*

Pseudo-paralysie de Parrot, due à des décollements diaphyso-épiphysaires. Fractures spontanées.

Craniotabes, *rachitisme*, achondroplasie, nanisme, brièveté de la taille. Kystes osseux.

Exostoses de croissance (?), scoliose (?), thorax en entonnoir (?), luxation congénitale de la hanche, syndactilie, polydactylie, *bec de lièvre*, absence d'un os (?), os raccourcis (?), pied bot.

Maladie osseuse de Paget (?), rhumatisme chronique, polyarthrite déformante, gigantisme total (?), gigantisme partiel (d'un membre, etc.).

Encéphale. — **Méningites aiguës** *ou subaiguës, simulant la méningite tuberculeuse et guérissant par le traitement mercuriel.* Meningites chroniques et hydrocéphalie, etc. Hémorragies méningées, céphalées, fausses migraines précoces.

Scléroses cérébrales diffuses ; encéphalites hypertrophique scléreuse, tubéreuse ; scléroses atrophiques ; porencéphalie ; lésions en foyer, etc., donnant l'**idiotie**, l'*athétose*, l'obtusion sensorielle, etc.

Meningo-encéphalites, ramollissements, hémorragies donnant l'**épilepsie**, plus rarement une **hémiplégie** infantile.

Microcéphalie par suture prématurée des os du crâne, hémihypertrophie faciale (?).

Paralysie générale infantile et juvénile.

Moelle. — Myélites analogues à celles de l'adulte. Poliomyélite antérieure aiguë (?) ressemblant à la paralysie infantile de Heine-Medin. Poliomyélite antérieure chronique (atrophie d'Aran-Duchenne) (?), hémato-myélite (?).

Maladie de Little.

Tabes juvénile, hérédo-ataxie de Friedreich (?), hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie (?), sclérose en plaques (?).

Peau et muqueuses. — Toutes les variétés de syphilides secondaires et tertiaires ont pu être observées.

Une mention particulière doit être faite aux :

Syphilides lupiformes qui, méconnues, détruisent et mutilent la face, alors que reconnues et traitées elles guérissent en quelques semaines (voir Diagnostic, p. 236).

Gommes du voile du palais.

Leucoplasies dont la dégénérescence explique certains cancers juvéniles[1].

Muscles. — Gommes musculaires, en particulier gommes du *sterno-cleido-mastoïdien*.

Tissu lymphatique. — **Adénites** simulant les écrouelles tuberculeuses et souvent associées au bacille de Koch.

Végétations adénoïdes (?), états scrofuleux (?), hypertrophie du thymus (?), splénomégalie.

Anémies splénomégaliques infantiles avec myélémie, **anémies pseudo-leucémiques**.

Appareil digestif. — Dyspepsies (?)

Appendicite (?), hernies (?), *cirrhoses*, sténose et obstruction des voies biliaires (?), ictères hémolytiques congénitaux familiaux, pancréatite *diabétogène* (?).

1. Gaucher cite encore la glossite exfoliatrice marginée, la langue scrotale.

Hérédo-syphilis

Facies hérédo-syphilitique : nez écrasé à la base, front bombé, dents d'Hutchinson incisives, médianes supérieures écartées.

Appareil respiratoire. — *Laryngite simulant le* **croup diphtérique**, syphilis pulmonaire, etc.

Cœur et vaisseaux sanguins. — Myocardite **arythmique. Pouls lent** permanent ou paroxystique. **Aortite, angine de poitrine** juvénile, **anévrysmes** de l'aorte et des vaisseaux. Malformations cardiaques, rétrécissement mitral, rétrécissement de l'artère pulmonaire, hypertrophie du cœur de croissance (?), dextrocardie et inversion des viscères (?), microsphygmie (?). Ectasie veineuse symétrique de la face (?), variquose généralisée (?).

Rein. — Néphrite chronique (?).

Dégénérescence amyloïde, albuminurie de fatigue, albuminurie orthostatique, rein polykistique (?)

Hémoglobinurie paroxystique *a frigore* qui a pu être améliorée par le traitement mercuriel.

Troubles trophiques. — **Myxœdème**, tétanie (?), maladie d'Addison (?), acromégalie (?), myopathie hypertrophique progressive (?), sclérodermie en plaques (?), prurigo-chronique infantile de Hebra, onychose atrophique exfoliante (?), ichthyose (?), pelade (?), etc.

V. **Hérédo-syphilis dystrophique** (Planche **48**) — L'hérédo-syphilis dystrophique, qui est extrêmement fréquente, va depuis le nanisme et l'infantilisme, jusqu'à la simple malformation d'une dent.

Les plus fréquents et les plus utiles de ces stigmates pour le diagnostic sont :

Asymétrie faciale (dénivellation oculaire, déviation du nez) ;

Élargissement de la base du nez (nez epaté), relèvement du lobule nasal (nez en pied de marmite) ;

Saillie des bosses frontales (crâne natiforme) ou front bosselé et haut (olympien) ou saillie frontale médiane (crâne en carène). Bosselures des pariétaux, etc. ;

Strabisme ;

Pavillon de l'oreille mal ourlé, aplati ;

Malformations dentaires très variées et portant presque uniquement sur la deuxième dentition : — 1° dents d'Hutchinson très rares (Planche 48) (les incisives médianes supérieures sont rétrécies à leur collet, arrondies à leurs angles, échancrées en lunules sur leur bord libre qui en plus peut être biseauté; leur axe est souvent dévié en dehors, ou en dedans, ou tordu sur lui-meme) ; — 2° dents retardées, manquantes ; — 3° dysharmonie d'implantation (dents mal rangées, convergentes, divergentes, écartées, tordues sur leur axe « en tournevis » ; « chaos dentaire ») ; — 4° atrophie dentaire (microdentisme) ; — 5° amorphisme dentaire (une canine ressemble à une incisive et inversement) ; — 6° incisives érodées pointillées, lacunaires, tachetées de petits manques arrondis qui creusent l'émail ; — 7° incisives striées transversalement, sillonnées (sulciformes) ; — 8° incisives mordillées à la pince « en escalier » ; — 9° atrophie cuspidienne des molaires surtout de la première grosse molaire ; on dirait que la molaire est formée de deux parties : une base de grandeur normale et des pointes atrophiées grêles surajoutées à cette large base ; — 10° large écartement des incisives médianes supérieures (Gaucher) ; — 11° vulnérabilité dentaire (carie, friabilité, etc.).

Voûte palatine ogivale profonde, voile du palais bifide.

Épaississement, déformation et incurvation des os longs (tibia en lame de sabre), etc., etc.

***

Diagnostic.

Ces signes dystrophiques indélébiles ont une importance capitale que l'on ne saurait trop

souligner. C'est souvent plus par leur constatation que par les caractères des lésions virulentes que l'on porte le diagnostic d'hérédo-syphilis.

La fameuse « triade d'Hutchinson » qui comprend les malformations dentaires, la kératite et les troubles auditifs, est rare. Au contraire un signe isolé, le strabisme, l'amorphisme dentaire est extrêmement fréquent et j'ai vu Gaucher poser maintes fois sur un seul de ces signes le diagnostic d'hérédo-syphilis, que venait confirmer l'examen des frères ou sœurs, l'interrogatoire des parents, la réaction de Wassermann, le traitement d'épreuve.

Il faut se rappeler que l'hérédo-syphilis peut exister sans stigmates : nous avons vu une jeune fille atteinte de gomme du voile du palais qui semblait un modèle de peintre italien tant elle était parfaitement belle. Donc *l'absence de signes dystrophiques ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'hérédo-syphilis.*

***

Traitement

Dès que le diagnostic est posé, il faut traiter l'enfant, car les cures indirectes, en médicamentant la nourrice, ne donnent que des résultats inconstants.

On s'adresse d'abord à l'ingestion d'une solution mercurielle : on gradue la quantité suivant l'âge du bébé, et on fractionne la dose en trois ou quatre biberons.

Si l'enfant tète le sein, on mélange la solution au lait de la mère ou à de l'eau sucrée que l'on fait boire à la cuillère. Autrefois on donnait la liqueur de Van Swieten qui est irritante et âcre ; Gaucher lui substitue la solu-

tion de lactate neutre de mercure au 1/1000 (v. p. 67) que l'on ordonne aux mêmes doses : XX gouttes par mois d'âge environ ; on donne par exemple le premier mois deux fois X gouttes, le troisième mois trois fois X gouttes ; on arrête 8 à 15 jours et on reprend trois fois XV gouttes etc... quinze jours chaque mois en augmentant progressivement. Le seul inconvénient de cette méthode est de provoquer parfois et d'exagérer souvent les troubles digestifs.

On alternera donc avec de petites frictions mercurielles (v. p. 65) faites avec 0 gr. 50, puis 1 gramme, puis 1 gr. 50, 2 grammes d'onguent, mais on se méfiera que le tégument des nourrissons est très irritable.

On pourra dans les cas graves faire des séries de dix injections musculaires de benzoate de mercure (v. p. 56) à la dose de 2 milligrammes, puis de 3, 4, 5 milligrammes suivant l'âge.

L'iodure de potassium s'ordonne à la dose de 0 gr. 20 par année d'âge en cas de lésions tertiaires ; le coryza, les lésions laryngées en contre-indiquent l'emploi.

Les traitements locaux sont les mêmes que dans la syphilis acquise : onction des lésions avec une pommade au calomel et si les lésions sont généralisées, bain au sublimé (2 grammes de sublimé pour 50 litres d'eau) en se souvenant que ce bain peut être irritant.

Ce traitement mercuriel et ioduré suffit dans la plupart des cas, parfois il est manifestement insuffisant ; c'est alors seulement que l'on a pu recourir aux sels arsenicaux : 606, 914, etc.

Malheureusement ces sels sont dangereux chez les tout jeunes enfants. Ehrlich recommande de ne pas dépasser

0 gr. 005, 0 gr. 008 par kilogramme, en une ou deux fois, en injections veineuses ou musculaires. Malgré ces précautions les cas de mort sont nombreux. Les plus fervents partisans du 606 ne le recommandent plus pour les enfants en bas âge et, sauf exception, préfèrent traiter l'enfant par la mère injectée de 606 (Ehrlich, Tæge).

Chez des enfants plus âgés, par exemple de 10 ou 13 ans Weil et Mouriquand ont employé l'injection intra-rectale. Ils font une première dose de 0 gr. 10 de 606, une deuxième de 0 gr. 20, puis une troisième de 0 gr. 40. La technique est : « Dissolution du 606 dans 40 centimètres cubes d'eau distillée, à chaud, puis alcalinisation à la soude à 15 p. 100, jusqu'à ce que la solution troublée redevienne de nouveau claire. Ajouter alors au mélange 100 centimètres cubes de sérum physiologique à 5 p. 100 et assurer la tolérance de l'injection rectale avec V et X gouttes de laudanum. Le mélange prêt pour l'injection est introduit dans un bock au caoutchouc duquel on a adapté une sonde rectale. La sonde est poussée le plus loin possible et le lavement doit être injecté lentement et garde quatre heures au moins » ; on suivra les instructions indiquées dans le traitement de la syphilis de l'adulte.

Traitement de sureté. — Le traitement ne doit pas être arrêté après la disparition clinique des lésions, il est de nécessité absolue de faire systématiquement un *traitement périodique prolongé et surveillé pendant cinq ans*, en se guidant sur les mêmes règles que pour le traitement de la syphilis acquise (v. p. 208), c'est-à-dire sur les examens cliniques et sérologiques en série[1].

1. Gaucher donne quinze jours de lactate par mois pendant les première et seconde années, dix jours par mois pendant la troisième année, dix jours tous les deux mois pendant les quatrième et cinquième années.

***

PRONOSTIC : AVENIR DE L'HÉRÉDO-SYPHILITIQUE.

Quand il a dépassé la « phase infectieuse » et qu'il paraît « guéri », quel est l'avenir de l'hérédo-syphilitique ?

C'est celui de la syphilis acquise; il est menacé de voir reparaître l'infection jusque dans l'âge adulte, il peut être atteint des terribles localisations nerveuses parasyphilitiques : tabes, paralysie générale juvénile, etc. Le pronostic est donc toujours réservé; toutefois il faut bien dire que l'hérédo-syphilis est surtout grave dans les premières années, les hérédo-syphilis à lésions récidivantes malgré le traitement sont l'exception. Si l'enfant a surmonté les premières années sans trop de dommages, sans lésions irrémédiables (oculaires, épilepsie, etc.) et sans dystrophie définitive (idiotie, prurigo de Hebra, etc.), il a les plus grandes chances d'être à l'abri de nouvelle récidive, surtout s'il a été surveillé périodiquement et longuement traité dans son jeune âge.

L'enfant reste donc guéri au moins en apparence, conservant simplement ses dystrophies faciales, dentaires, etc. ($H\Sigma^5$) véritables stigmates qui permettent durant toute la vie le diagnostic rétrospectif. Le plus souvent même l'infection guérit, si bien que l'immunité s'atténue ou disparaît et qu'à l'âge des infections vénériennes, entre 18 et 30 ans, l'hérédo-syphilitique contracte fréquemment une syphilis acquise : chancre, etc. (Gaucher et Rostaine). J'ai depuis longtemps remarqué à ce propos que cette syphilis acquise paraissait moins grave que les

syphilis acquises frappant un terrain neuf, sans doute parce que l'hérédo-syphilis a laissé un reste d'immunité, insuffisant pour empêcher une nouvelle inoculation, mais suffisant pour atténuer la nouvelle infection.

L'hérédo-syphitique qui n'a pas contracté de syphilis, acquise, peut-il transmettre son infection ou ses dystrophies à ses descendants : Fournier, Gaucher soutiennent l'existence d'hérédo-syphilis binaire, et même ternaire, c'est-à-dire transmise à la deuxième et à la troisième génération. Ces faits ont été contestés, on a fait remarquer qu'on ne pouvait jamais affirmer que les hérédo-syphilitiques de première génération n'avaient pas contracté une syphilis acquise. En tout cas, au point de vue pratique, les faits d'hérédo-syphilis binaire et ternaire semblent exceptionnels : ils se bornent à de simples dystrophies, ne présentent que peu de dangers et sont évitables si les procréateurs ont été traités pendant leur jeunesse, s'ils ont été surveillés périodiquement, s'ils étaient guéris au moment du mariage, si pendant la grossesse la mère a été systématiquement traitée.

***

En résumé l'hérédo-syphilitique doit suivre le même traitement général que le syphilitique acquis : traitement de sûreté pendant cinq ans au moins après la disparition de tous les accidents virulents, surveillance périodique clinique et sérologique annuelle, mariage qu'avec l'autorisation médicale, traitement si possible avant la procréation, traitement systématique antisyphilitique pendant la grossesse, même si la mère paraît saine, examen et surveillance de l'enfant.

CHAPITRE XX

SYPHILIS ET MARIAGE

I. — Syphilis avant le mariage. Le mariage des syphilitiques. Risques du mariage des syphilitiques p. 363 : **Conditions à exiger** p. 364.

Code sanitaire du syphilitique marié p. 365.

Application de ces principes en pratique, p. 366 : syphilitiques obéissants ; syphilitiques désobéissants et malhonnêtes, le moyen de tourner la difficulté est de recommander un certificat médical de santé avant tout mariage, p. 371. Manière de rédiger ce certificat pour qu'il ne lèse pas les intérêts des syphilitiques « guéris », p. 372.

II. — Syphilis après le mariage, mesures prophylactiques : code sanitaire du syphilitique marié, p. 374.

III. — Syphilis et grossesse, p. 375. Traitement de la grossesse. Surveillance de la mère et de l'enfant. Allaitement de l'enfant : Principes directeurs : traitement systématique de la mère, même si elle paraît saine pendant toute la grossesse ; examen sérologique de la mère *avant* et après le traitement, et de l'enfant à la naissance et trois mois après. **Application de ces principes en pratique**, p. 378.

IV. — Syphilis et allaitement. Nourrice saine allaitant un hérédosyphilitique. Nourrice syphilitique allaitant un nourrisson sain, p. 382.

V. — Examen et certificat d'un nourrisson a confier a une nourrice : Nécessité d'un examen clinique et sérologique des parents : rédaction du certificat, p. 387.

VI. — Choix d'une nourrice pour un enfant sain : nécessité de l'examen clinique et *sérologique*, p. 389.

VII. — Syphilis, séparation de corps et divorce : Jurisprudence actuelle. Conduite du médecin, p. 389.

I. — LA SYPHILIS AVANT LE MARIAGE

LE MARIAGE DES SYPHILITIQUES : CONDITIONS A EXIGER

Un syphilitique ne peut se marier sans l'autorisation du médecin, c'est là un principe absolu qu'il faut enseigner au malade dès la première visite, en même temps qu'on lui donne le diagnostic de sa maladie. C'est qu'en effet, dans le mariage, un syphilitique court trois « risques » :

—1° *Risque de contagionner sa femme.* C'est le risque le plus grand, car le syphilitique même très ancien, même traité, n'est pas à l'abri de plaques muqueuses tardives génitales ou buccales contagionnantes et la syphilisée peut présenter une syphilis grave : tabes, paralysie générale, etc.: la syphilis bénigne chez le contagionneur n'assure pas une syphilis bénigne de la contagionnée ;

— 2° *Risque de tomber malade*, donc de *faillir a ses devoirs de chef de famille.* Il peut devenir hémiplégique, tabétique, aveugle, paralytique général, fou ; il peut mourir prématurément de quelques complications viscérales : aortite, angine de poitrine, etc. ; il peut donc laisser dans l'embarras une famille non encore élevée, faire péricliter une situation commerciale, être amené à une liquidation hâtive, onéreuse, etc. Ces risques persistent pour tout syphilitique et on ne peut prévoir l'avenir en se fondant sur la bénignité du chancre ou des premiers accidents secondaires ;

— 3° *Risque de procréer des enfants malades.* — C'est le risque le moins grand, car un syphilitique, se traitant

avant la procréation et longuement traité, faisant traiter sa femme pendant toute sa grossesse, même si elle paraît indemne, aura de beaux enfants.

Les deux premiers risques ne pouvant être complètement conjurés par le traitement le plus actif et le plus minutieux, le mariage devrait théoriquement être interdit à tout syphilitique. Mais pratiquement, un tel rigorisme ne serait pas écouté; les risques deviennent si minimes, si rares, grâce à un traitement précoce, prolongé et surveillé, que dans les conditions exigées par médecin, ils ne sont pas supérieurs aux risques de maladie qui menacent tout individu.

Conditions à exiger et instructions à donner. — Pour permettre le mariage, on doit exiger les conditions suivantes :

1° Chancres ou premiers accidents, remontant à quatre ou cinq ans au moins pour un homme, huit ans pour une femme;

2° Traitement régulièrement suivi pendant quatre années (v. p. 208);

3° Absence d'accidents depuis deux ans au moins pour l'homme, quatre ans au moins pour la femme. Cette absence d'accidents doit persister un an au moins après la cessation du traitement; elle doît être contrôlée par des visites périodiques à un médecin, l'affirmation du malade étant insuffisante;

4° Absence actuelle de tout stigmate d'infection (signe d'Argyll-Robertson, etc.);

5° Séro-réaction négative;

6° S'il y a eu des lésions nerveuses, il faut exiger l'absence de troubles du liquide céphalo-rachidien (ponction lombaire : leucocytose mesurée à la cellule de Nageotte);

7° Certains ajoutent une cure de trois mois avant le mariage (Gaucher).

Même quand toutes ces conditions sont remplies, le médecin ne devra jamais promettre une garantie absolue pour l'avenir et la disparition de tous dangers. Tout au contraire, il fera remarquer que, pour être réduits au minimum, les risques de récidives, les risques de contagionner l'autre conjoint, les risques de procréer des enfants malades n'en persistent pas moins. Le médecin insistera sur la nécessité pour les syphilitiques mariés, de suivre un véritable code sanitaire.

Code sanitaire du syphilitique marié. — Après le mariage :

1° Le ou la syphilitique continuera de s'observer minutieusement afin de découvrir l'apparition des accidents et prendre les précautions prophylactiques à la moindre lésion, même insignifiante, jusqu'à avis médical;

2° Avant de procréer, ils feront une nouvelle cure;

3° Pendant toute la durée de chaque grossesse, la jeune femme se traitera, même si elle paraît indemne (v. Traitement dissimulé, p. 70);

4° L'enfant ne sera pas confié à une nourrice, même, s'il paraît sain.

5° Après l'accouchement, il sera utile de faire la séroréaction de la mère et de l'enfant. Si la réaction de la mère est positive et celle de l'enfant négative, on refera la réaction de l'enfant deux et quatre mois plus tard ; on traitera l'enfant préventivement, si son Wassermann est positif, même s'il n'a pas d'accidents ; on le traitera encore si le Wassermann de la mère est positif, même si celui de l'enfant est négatif ; ces traitements de sûreté

sont astreints à certaines règles (v. p. 359). On n'hésitera pas à faire le traitement d'épreuve, si l'enfant « pousse mal » ou s'il présente des troubles pathologiques connus dans l'hérédo-syphilis, même si les séro-réactions de l'enfant et de la mère sont négatives;

6° Le syphilitique fera un testament médical pour garantir sa femme et ses enfants d'erreurs de diagnostic possibles (v. p. 44).

En un mot, les syphilitiques, qui se marient, doivent recevoir une sorte de *code sanitaire* et le médecin doit leur expliquer toute la portée de chacune de ses recommandations.

Application de ces principes, en pratique.

Différentes alternatives peuvent se présenter :

— I. Un syphilitique récent en période d'activité vient demander quand il pourra se marier, il faut éviter de donner une date précise; on lui fera comprendre que la limite de quatre ans après le chancre est un minimum, qu'une période de deux ans au moins sans accident est exigible, que seul un médecin peut juger, par une surveillance périodique, de l'absence de ces accidents, qu'il ne suffit pas d'une absence de symptômes classiques, mais encore d'une réaction de Wassermann négative, etc. Mais il est indispensable de fixer un délai minimum, « vous ne pourrez *si les choses vont au mieux*, n'avoir mon consentement avant trois, quatre ans[1]... »

1. La conduite est la même pour un fiancé que pour un candidat au mariage non fiancé; il faut ou rompre le mariage ou demander un sursis, sous prétexte par exemple de la menace d'une tuberculose pulmonaire. On aura soin de dire « menace, foyer douteux mais *non* certain... » pour ne pas déprécier la valeur ultérieure du fiancé. Ce diagnostic aura l'avantage de

Il faut user d'une rigueur toute spéciale pour ces syphilitiques qui souffrent de récidives répétées de plaques muqueuses, si petites soient-elles ; car on peut craindre le retour imprévu de ces lésions et la moindre d'entre elles est contagieuse.

Il faut se méfier des malades qui ont souffert ou souffrent encore d'iritis, de troubles nerveux, même frustes : céphalée tenace, de ceux qui conservent des troubles pupillaires, qui offrent des bizarreries de caractères, ou même de ceux qui restent simplement tristes et abattus et présentent un terrain nerveux prédisposé en raison de tares héréditaires.

— II. Un syphilitique dont le chancre date de quelques mois, dont l'infection reste latente, et qui suit son traitement sous votre direction vient demander l'autorisation ou une promesse ; il faut le faire patienter, lui exposer les conditions exigibles, lui montrer que la levée de l'interdiction sera d'autant plus proche qu'il se traitera mieux et qu'il ne cessera de se faire surveiller cliniquement et sérologiquement.

— III. Un syphilitique ancien, mais atteint récemment d'accidents tertiaires, vient demander conseil et autorisation, il faut exiger la disparition de tout accident depuis deux ans, et toujours une séro-réaction négative. Il est bon de prescrire un traitement de sûreté.

représenter le fiancé comme momentanément contagieux. Ce premier sursis servira à régler les affaires les plus urgentes d'intérêt, etc., puis si le mariage n'est pas rompu, le médecin aura l'air d'imposer sa volonté et de délai en délai il prolongera jusqu'à quatre ans. A condition d'en avoir préalablement la promesse formelle du fiancé et de la fiancée, de connaître leur fermeté et leur loyauté, on a pu tolérer un mariage sans consommation de ce mariage, en exigeant chambre à part et l'interdiction même d'un baiser. Mais il faut des conditions morales exceptionnellement réalisées !

— IV. Un syphilique atteint de troubles nerveux, surtout de symptômes de tabes, de paralysie générale, même si les symptômes sont frustes, réduits à quelques troubles vagues, à un signe d'Argyll-Robertson, à une lymphocytose céphalo-rachidienne, se verra impitoyablement refuser l'autorisation. Le médecin ne doit pas certes lui révéler la gravité des troubles nerveux qui le menacent, mais il fera comprendre que le malade est encore en activité, il réclamera des « conditions qui actuellement ne sont pas remplies ». Au contraire, si on est certain par des examens cliniques répétés, par la ponction lombaire, par les séro-réactions qu'il n'y a pas de lésions nerveuses organiques et que le malade est simplement neurasthénique parce que syphilophobe, le mariage est permis.

— V. Un syphilitique, ne présentant pas d'accidents, demande l'autorisation pour contracter mariage à un médecin qui ne l'a pas soigné. Le médecin consulté doit reconstituer l'histoire de la maladie, et pour s'assurer de la véracité du malade, il réclamera les ordonnances *datées* du médecin, il fera bien de se mettre en communication avec son confrère, car des malades vieillissent leur syphilis. Si les dates sont exactes, si le malade a été médicalement surveillé et s'il est indemne d'accident depuis deux ans, l'autorisation peut être donnée après examen clinique et sérologique négatifs, suivant les conditions énoncées ci-dessus. Mais si le malade n'a pas été suivi suivant les règles cliniquement et sérologiquement, *le médecin doit exiger un délai pour effectuer une surveillance de contrôle.* Cette surveillance sera plus ou moins longue suivant la date de la syphilis et comportera un examen clinique bimensuel, une séro-réaction mensuelle. Milian recommande de tenter la réactivation du sérum par un traitement arsenical.

Il faut se souvenir que le syphilitique, qui ne s'adresse pas à son médecin habituel, veut peut-être tromper le nou-

veau consultant; il ne faut pas se laisser prendre au piège de la preuve expérimentale, le malade vous affirme « l'immunité d'une maîtresse non syphilitique(?) » et même « la naissance d'un enfant sain », etc. On exigera la période d'observation.

— VI. Une femme syphilitique veut se marier.

Si la syphilis provient de contagion sexuelle chez une jeune fille, on ne lui a pas caché le diagnostic, il faut donc lui tenir le même langage qu'à un jeune homme et exiger des conditions semblables mais plus sévères.

Si la syphilis de la jeune fille est héréditaire ou due à un chancre extragénital, la malade ignore le plus souvent son état, mais la famille a été prévenue lors des premières manifestations et sait qu'un examen médical est nécessaire.

Si la syphilitique est une femme divorcée ou veuve qui tient la syphilis de son mari, il faut lui révéler avec tout le tact voulu le diagnostic si elle l'ignore et la prévenir du danger. Le secret médical est conservé, car on n'a pas besoin de lui dire d'où provient sa syphilis. Des médecins préfèrent ne pas dire la vérité et recourent au subterfuge d'invoquer des troubles utérins existants ou fictifs, un herpétisme transmissible au mari, aux enfants, etc. Cette cachotterie ne comprend pas, à mon avis, le véritable intérêt de la malade; certes la révélation de la syphilis amènera des pleurs, mais il est indispensable que la malade le sache pour l'avenir, pour se persuader de la nécessité d'un traitement avant et pendant la grossesse et plus tard pour le dire au médecin qui la soignera d'une hémiplégie, d'une angine de poitrine, d'un pseudo-cancer.

Tout va pour le mieux, si le syphilitique, comprenant la loyauté de la conduite qu'on lui impose, suit les conseils médicaux ; mais il n'est pas exceptionnel

qu'un homme déloyal n'écoutant que sa cupidité et sa vanité, ne veuille pas laisser échapper une belle dot, l'occasion de payer des dettes criantes, ou d'acquérir une belle situation professionnelle. Si l'on sent que les arguments d'honneur et de sentiment ne comptent pas avec de telles brutes, il faut les effrayer par la menace d'une contamination certaine de la femme et des enfants, par conséquent d'un scandale inévitable suivi d'un divorce, de procès d'indemnité, d'affronts publics et surtout de la perte de tous les avantages que le malade veut précisément acquérir. Si le malade pousse le cynisme à se moquer de tout, il est inutile de le menacer de la loi ou de la révélation, car de tels misérables savent que la loi les protège et que le secret médical les couvre; le médecin n'a qu'à leur exprimer une dernière fois son mépris, leur rappeler leur rôle infâme et brusquer la fin de l'entretien. Je sais un médecin qui, outré devant un tel cynisme, n'hésita pas à éveiller les soupçons par lettre anonyme envoyée au beau-père en conseillant d'exiger une assurance sur la vie. Le mariage fut rompu, la jeune fille échappa à la syphilis, l'homme mourut six ans plus tard, paralytique général. Qui oserait critiquer ce médecin d'avoir eu le courage de recourir à ce moyen odieux d'une lettre anonyme[1].

1. Je citerai deux exemples :

Juhel-Renoy dans un cas semblable n'avait pas hésité à faire venir le beau-père et à le prévenir que le mariage ne devait pas se faire (Juhel-Renoy. *Vie professionnelle et devoirs médicaux* Paris 1892, p. 109).

Dupuytren se crut autorisé à violer le secret médical. Un jeune médecin l'avait consulté sur l'état de santé de sa fiancée. Dupuytren qui l'avait opérée n'hésita pas à dire que la jeune fille ne guérirait jamais, et de fait, elle mourut quinze mois après de tuberculose « Si dans cette circonstance, disait Dupuytren, j'ai

Pour éviter de tels dangers, il serait à souhaiter que l'usage se répandît dans les familles d'exiger du fiancé un certificat médical. Le médecin ne doit pas, en effet, donner de renseignements à la famille de la fiancée, ni en bien, ni en mal ; car, s'il avait l'habitude de parler dans le cas de non-syphilis, sa réticence d'un jour équivaudrait à un aveu tacite. S'il est connu « spécialiste », il doit même éviter de préciser qu'il a soigné M. X. : « Je ne connais pas tous les noms de mes clients, répondra-t-il, adressez-vous au jeune homme, si je l'ai soigné, qu'il vienne me revoir, et sans doute, je le reconnaîtrai... » en un mot, le médecin doit renvoyer les demandeurs au jeune homme : si le fiancé est non-syphilitique et qu'il vienne trouver son médecin, celui-ci lui proposera un certificat.

Si le fiancé se sait syphilitique et en activité, il n'aura garde de venir trouver le médecin qui lui a déconseillé le mariage, et, de cette abstention, la famille de la fiancée pourra faire son profit. Un autre subterfuge que suggéra Brouardel est de conseiller une *assurance sur la vie*, mais cette garantie est illusoire, si le syphilitique en activité est « blanchi » par un traitement récent.

Si le fiancé a la syphilis, il est bien rare qu'il donne à son beau-père, par exemple, une autorisation *explicite* de vous délier du secret professionnel. Si ce fait se produisait et que le malade soit indocile et encore dangereux, je n'hésiterais pas à profiter de cette autorisation.

Mais si le jeune homme est un ancien syphilitique qui

mis sous mes pieds l'article du Code pénal et le serment d'Hippocrate, c'est que j'ai eu présent à l'esprit ce divin précepte : « Aime ton prochain comme toi-même et ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'il te fût fait »

remplit les différentes conditions de mariage, le médecin éludera la question des beaux-parents, par exemple en arguant que tels renseignements ne peuvent être donnés que par écrit et qu'un certificat écrit ne se remet qu'à l'intéressé lui-même venant seul. Le médecin demandera donc à revoir le fiancé et lui exposera la situation. Si le fiancé ne peut venir, il lui écrira.

La meilleure solution est donc *l'obligation d'un certificat de santé.* Cette obligation d'un certificat est très séduisante : donnée au non-syphilitique, elle supprime toute difficulté, refusée aux syphilitiques dangereux, elle évite des désastres. Mais il reste les syphilitiques non-dangereux, qui remplissent les conditions exigibles pour le mariage. L'obligation du certificat objectera-t-on, va léser leurs aspirations. Nullement, car le certificat donné aux syphilitiques non dangereux et aux non-syphilitiques, *ne visant que l'état actuel,* sera conçu dans des termes identiques, les familles ne pourront saisir aucune différence.

On écrira :

Je soussigné, ... certifie avoir examiné M. ...., le ... (date), et n'avoir constaté aucun symptôme *actuel* de syphilis par l'examen clinique de tous les appareils, la séroréaction a été négative. (Donné à titre de renseignement médical, à la demande de M. ... se disant tel et remis à lui-même).

On ne se laissera entraîner à aucun développement, par exemple : « J'ai soigné M. X. depuis... années et il n'a présenté durant cette longue période aucun symptôme de syphilis » ou bien « je n'ai jamais soigné M. X. pour des accidents syphilitiques »; car sur le certificat du syphi-

litique mariable, le médecin ne pourrait certifier ces circonstances et de l'absence de ces phrases on conclurait facilement à la syphilis du prétendant.

Ainsi seront sauvegardés les intérêts des familles et des fiancés, qu'ils soient non-syphilitiques ou syphilitiques non dangereux, et l'on pourra, sans trahir le secret professionnel, empêcher les désastres que le cynisme de certains peut provoquer [1], [2].

Il peut arriver qu'un individu, qui se dit non-syphilitique, vienne demander un contrôle médical avant de se marier, parce qu'il est phobique ou peut-être parce qu'il a eu des doutes, ou bien parce qu'il est forcé de produire à la famille de la fiancée un certificat médical. Le

1. On m'a objecté « que des médecins peu scrupuleux délivreraient de tels certificats en se basant sur la lettre du certificat, c'est-à-dire absence d'accidents au *jour* de l'examen ». C'est vraiment avoir peu confiance en la conscience médicale. Pour détruire cette crainte, si elle existait dans l'esprit du public, le fiancé n'aurait qu'à s'adresser au *médecin de famille* en qui il a confiance, et, si ce dernier ne peut pas prendre seul cette responsabilité, il viendrait avec le jeune homme voir un spécialiste qui ne pourrait être soupçonné puisqu'il aurait été choisi par « un homme de confiance » : les deux médecins rédigeraient un certificat portant leurs deux signatures.

2. On a craint que ce certificat ne lèse les honnêtes gens. Nullement, car le syphilitique honnête sera prévenu dès le premier diagnostic par son médecin que le mariage lui sera possible dans certaines conditions, les syphiliphobes sont rassurés.

S'il existe des individus assez timorés pour ne pas consulter un médecin de crainte d'avoir la syphilis ou de leur confier leur secret on ne peut éviter la bêtise humaine et le seul moyen de la diminuer est de donner aux masses une instruction hygiénique antivénérienne : en particulier, sur la prophylaxie de la syphilis, sur son traitement et sur les conditions exigibles du mariage des syphilitiques. Le malade saura ainsi qu'il n'est pas « un condamné à perpétuité » et qu'il a au contraire intérêt à se confier à un médecin.

médecin doit faire un examen minutieux, rechercher tous les stigmates, exiger une séro-réaction. En pareil cas je demande en outre à connaître le médecin de famille, il est vrai que le sujet peut répondre que, n'ayant jamais été malade, il n'a pas eu à voir de médecin. Si j'ai le moindre soupçon d'une lésion nerveuse, je demande une ponction lombaire; si tous ces résultats sont négatifs, on ne peut refuser le certificat.

Le certificat sera rédigé comme précédemment[1].

* * *

II. — La syphilis après le mariage : mesures prophylactiques.

Les questions complexes que soulève la syphilis après le mariage et dans la vie de famille ont été envisagées chapitre III, p. 25. :

Précautions prophylactiques vis-à-vis du conjoint resté indemne[2] (v. p. 26).

1. On pourrait ajouter : « sans que ce certificat engage ma responsabilité pour l'apparition d'accidents que mon examen actuel ne peut prévoir », mais cette addition est inutile, puisque le texte précédent est suffisamment explicite; elle peut être même être nuisible, car elle pourrait éveiller des soupçons immérités dans bien des cas.

2. On ne saurait être trop prudent.

« Un médecin, se croyant guéri, se marie après trois ans de syphilis, raconte Fournier, il contagionne sa femme grâce à une « misérable petite papule érosive » si minime qu'il ne s'en était pas aperçu et qu'ensuite il n'y prit même pas garde. « Que mon exemple ne soit pas perdu, écrivait-il, et que l'on sache bien que la contagion peut s'exercer par la lésion la plus légère, assez légère pour avoir pu tromper l'œil défiant d'un mari honnête homme et d'un praticien attentif et prévenu. »

Surveillance pour déceler l'apparition du moindre accident et cessation immédiate de tout contact, lit à part, etc. (v. p. 43).

Surveillance de la jeune épouse qui devra être amenée au médecin sur le moindre soupçon d'un accident et qui, même en l'absence d'accident visible, devra être périodiquement examinée par le médecin.

Traitement avant la procréation et traitement de la femme pendant la grossesse, même si elle semble indemne (v. p. 343). Surveillance médicale attentive de la grossesse (v. ci-dessous, p. 375).

Épreuve clinique et sérologique du nouveau-né, surveillance de cet enfant (v. p. 378).

Défense de le confier à une nourrice même s'il paraît sain (v. p. 375).

Conduite à tenir vis-à-vis du mari et de la femme si des accidents surviennent (v. p. 25).

Testament médical du contaminateur (v. p. 46).

***

III. — Syphilis et grossesse, traitement de la grossesse. surveillance de la mère et de l'enfant, allaitement de l'enfant.

Dès qu'une syphilitique devient enceinte, le médecin doit devenir un conseiller et prendre des mesures thérapeuthiques et prophylactiques, variables suivant les cas : vis-à-vis de la mère, de l'enfant, d'une nourrice.

1° Le père est un ancien syphilitique qui paraît « guéri »

depuis de longues années ; il peut n'avoir pas syphilisé sa femme, et par conséquent l'enfant a toutes les chances de n'être pas hérédo-syphilitique. Il est toutefois plus prudent d'exiger le traitement de la femme pendant toute la durée de la grossesse (15 jours de pilules ou de lactate par mois avec 15 jours de repos).

L'enfant naît sain, il faut recommander l'allaitement maternel, mais s'il est refusé peut-on confier cet enfant à une nourrice ? On peut le tolérer, si *les examens clinique et* SÉROLOGIQUE *de la* MÈRE[1], *et du* NOURRISSON *restent négatifs.* Mais cette conduite est imprudente.

— 2° Le père est, un ancien syphilitique qui depuis plus de deux ans n'a pas eu d'accidents ; la mère est syphilitique, mais sa syphilis remonte à plus de 8 ans et elle n'a pas eu d'accidents depuis plus de 3 ans, sa *séro-réaction est négative*, elle doit pourtant se traiter pendant la grossesse.

L'enfant paraît sain et sa séro-réaction est négative. La mère peut allaiter l'enfant. Si elle refuse, on ne peut tolérer que l'enfant soit confié à une nourrice, même en exigeant des parents une lettre de décharge où ils reconnaîtront avoir été prévenus du danger éventuel quoique improbable.

— 3° Le père, bien qu'il paraisse « guéri », est un syphilitique récent dont le chancre remonte à quatre ans à peine ; ou bien le père a eu des accidents tertiaires il y a quelque mois ; il faut se méfier et malgré le traitement durant toute la grossesse, malgré les examens cliniques et sérologiques négatifs de la mère et de l'enfant, il ne faut pas confier ce nourrisson à une nourrice : en effet il faut craindre un réveil de syphilis retardée. La mère doit l'allaiter.

—4° Le père est un syphilitique récent ou ancien, la mère paraît saine et pourtant sa séro-réaction est positive, elle

1. La séro-réaction de la mère doit être faite *avant* de commencer le traitement, car le traitement systématique recommandé pourrait rendre négative une réaction positive.

a donc été contagionnée avant la grossesse ou par la grossesse (syphilis conceptionnelle).

Même si l'enfant naît sain et si sa séro-réaction est négative, il ne faut pas le confier à une nourrice.

Mais la mère n'est-elle pas alors dangereuse pour l'enfant (v. ci-dessous, p. 371) ?

Si l'enfant est infecté, s'il a une séro-réaction positive la mère peut et doit le nourrir.

Si la réaction de l'enfant est négative le problème est très difficile (v. p. 371).

5° Le père est un syphilitique ancien ou récent, peu importe ; la mère est en pleine syphilis active ; on sait dans ce cas la fréquence de l'hérédo-syphilis, si le traitement n'est pas appliqué (v. p. 343). Si au contraire les parents se traitent avant la procréation et surtout si la mère se soumet à un traitement actif durant toute la grossesse (10 jours de piqûres, 10 jours de pilules, 10 jours de repos ou à défaut 20 jours de pilules, 10 jours de repos chaque mois), l'enfant a de grandes chances d'être sain et Gaucher, à ses Cliniques, montre avec fierté des nourrissons superbes issus de syphilitiques en pleine période secondaire.

Mais que l'enfant soit nettement hérédo-syphilitique, ou qu'il paraisse indemne, il ne faut pas le confier à une nourrice même si la séro-réaction était négative, car la séro-réaction peut être négative à la naissance et devenir positive 2 ou 3 mois plus tard.

Si l'enfant est hérédo-syphylitique ou s'il a une séro-réaction positive, la mère peut et doit l'allaiter.

Si l'enfant paraît sain et si sa séro-reaction est négative, sa mère n'est-elle pas dangereuse ? (v. ci-dessous, p. 371).

— 6° La mère contracte la syphilis pendant la grossesse (syphilis post-conceptionnelle).

Si l'infection survient dans les sept premiers mois, l'enfant peut-être syphilisé, sa mère peut et doit le nourrir.

Si l'infection survient dans les deux derniers mois,

l'enfant échappe le plus souvent à l'infection (?) (v. p. 342).

De toutes façons, même si cet enfant paraît sain, il ne doit pas être confié à une nourrice, il ne doit pas non plus être nourri par sa mère et ses parents prendront vis-à-vis de cet enfant de sévères mesures prophylactiques pour ne pas le contagionner.

Il pourra au contraire être nourri par sa mère syphilitique si sa réaction de Wasserman est positive.

— 7° Une femme, ancienne syphilitique, paraissant guérie, mariée à un mari non syphilitique, peut avoir un enfant hérédo-syphilitique ; son enfant ne devra donc jamais être confié à une nourrice.

En résumé **même quand la femme paraît indemne, la séro-réaction doit être faite avant le traitement, et le traitement doit être institué pendant toute la grossesse. Après l'accouchement l'enfant et la mère doivent être examinés cliniquement et sérologiquement, même quand tous deux paraissent indemnes.** C'est le seul moyen de pouvoir tirer des conclusions thérapeutiques et prophylactiques.

Application de ces principes en pratique.

I. L'enfant, issu de parents hérédo-syphilitiques, ne doit être confié a une nourrice saine qu'avec la permission du médecin.

L'enfant issu de parents syphilitiques ne peut être confié à une nourrice saine que dans le cas n° 1° (?).

L'usage de la nourrice, toléré sous réserve dans le cas 2° par certains, nous paraît imprudent.

Dans tous les autres cas, l'enfant issu de parents syphilitiques, même s'il paraît sain, ne doit pas être confié à une nourrice, le médecin ne doit même pas poser la

question[1]; il doit aller au-devant, prévenir le mari, déconseiller formellement la nourrice, dégager sa responsabilité [2]; si le médecin n'était pas écouté, *il devrait immédiatement se retirer*. En aucun cas le médecin ne doit se faire le complice et consentir à donner un traitement préventif antisyphilitique à la nourrice.

Je n'admets que la dernière mesure suggérée par Fournier et en la modifiant[3] : avoir une nourrice saine, ne pas le laisser téter, aspirer le lait dans un récipient stérilisé à chaque fois et donner ce lait à boire à l'enfant dans un récipient *différent* de l'aspirateur; la nourrice devra être prévenue, sans préciser, du danger qu'elle court à subir le contact de l'enfant[4].

II. La mère syphilitique, même si elle paraît guérie, même si elle a une séro-réaction négative, peut nourrir son enfant hérédo-syphilitique sans danger. Il en est de même de la mère qui semble saine, mais qui a une séro-réaction positive (cas 2°, 4°, 5°, 6°).

1. Des auteurs tolèrent de confier l'enfant hérédo-syphilitique s'il paraît sain, à une nourrice après l'âge de six mois. Ce n'est pas prudent à tous points de vue et il ne faut pas oublier que si la nourrice est contaminée, le médecin peut être rendu pécuniairement responsable.

2. Tous les prétextes sont bons : « l'enfant est trop faible pour téter, la nourrice perdra son lait en attendant... le lait d'ânesse est le seul possible... » Le médecin se méfiera de la mère de l'accouchée qui dans un cas semblable, avait amené d'autorité une nourrice. Le médecin devra prévenir le mari de cette occurrence et il lui faudra parfois sermonner toute la famille.

3. Fournier a cité des cas où des parents avaient conclu un marché avec la nourrice et proteste énergiquement contre ce pacte immoral. On ne peut qu'imiter son exemple.

4. Contre l'obstination d'une famille, pourquoi ne pas proposer une nourrice syphilitique, la chose n'est pas rare dans une maternité ?

Non seulement elle peut le faire sans danger, mais elle doit le faire pour assurer la santé de son enfant. Le médecin conseillera instamment l'allaitement maternel.

Un refus nécessitera une nouvelle tentative, habile et pressante, patiente. Le mari, la femme devront être mis au courant des dangers de l'allaitement artificiel, etc., le mari devra aider le médecin à obtenir l'allaitement au sein; il sera prévenu que prendre une nourrice l'expose aux plus grands dangers; le médecin lui montrera tout le scandale que causerait un procès, les indemnités, etc.

On détruira une à une les objections présentées par la jeune mère ou par son entourage en servant des arguments, même faux scientifiquement, qui reposent sur des préjugés: « fréquence des cancers du sein, des faiblesses de la matrice », etc., chez les femmes qui ne nourrissent pas! On demandera la promesse d'un essai d'allaitement : « Essayons, si la jeune mère ne supporte pas cette fatigue, il sera temps d'aviser, etc. »

III. La mère saine peut nourrir l'enfant sain (cas 1° et 3°).

IV. La mère « saine » (cas 1° et 3°) peut-elle allaiter son enfant sans danger, si cet enfant est infecté ? — Il est classique de répondre par l'affirmative en s'appuyant sur la loi de Colles-Baumès ainsi conçue : l'enfant doit être confié à sa mère; il ne l'infectera pas, car ou bien la mère est immunisée (théorie ancienne), ou elle est déjà contaminée et sa syphilis latente lui donne l'immunité (théorie moderne). En effet avant de soutenir que la mère d'un hérédo-syphilitique est saine, il ne faut plus

se contenter d'un examen clinique, on doit exiger maintenant une séro-réaction négative au début et à la fin de la grossesse. Or, dans la plupart des cas (dans tous les cas même d'après certains), la séro-réaction de la mère est positive ; il n'y a donc que des avantages à recommander l'allaitement maternel.

Toutefois, puisque l'on a cité des exceptions à la loi de Colles-Baumès, c'est-à-dire des syphilisations de la mère par son nourrisson, je crois *prudent, si la femme paraît saine cliniquement et sérologiquement, si l'enfant hérédo-syphilitique présente des lésions suspectes*[1] *de ne pas permettre la tétée.* Mais *on ne refusera pas pour cela à l'hérédo-syphilitique les bienfaits de l'allaitement maternel ; la mère aspirera son lait dans un aspirateur et le donnera à l'enfant dans un biberon* dont la bouteille et la tétine auront été bouillis avant chaque prise. Ainsi on laissera à l'enfant les bénéfices de l'allaitement maternel, sans faire courir de dangers inutiles à la mère.

V. L'enfant sain, *issu de parents syphilitiques et qui a une* séro-réaction négative, *ne court-il pas le danger d'être contagionné s'il est nourri par une syphilitique ?*

Il est classique de répondre que l'enfant hérédo-syphilitique, même s'il est indemne, est « immunisé » et ne peut être syphilisé par sa mère (Loi de Profeta).

Mais n'y a-t-il pas des exceptions à cette loi ? Ne peut-on craindre la syphilisation de l'enfant ? Par exemple, il est classique de dire qu'en cas de syphilis post-conception-

1. Si l'enfant n'a pas ou n'a plus de lésions, on peut le laisser téter, mais il vaut mieux lui donner le lait maternel dans un biberon, car on conçoit qu'il soit malaisé d'affirmer l'absence de lésions contagieuses chez cet enfant.

nelle se manifestant après le septième mois de la grossesse, l'hérédo-syphilis est l'exception : par conséquent l'enfant ne doit pas être allaité par sa mère, qui est virulente et pourrait le contagionner. Il ne doit pas non plus être confié à une nourrice, car il peut être dangereux.

Cette question capitale, encore mal connue, mériterait d'être réétudiée. En pratique, si la mère ne présente pas de lésions du sein ou des poussées généralisées témoins de septicémie, l'allaitement est permis. Si au contraire la mère a une syphilis en activité, il vaut mieux s'abstenir. Ce cas est d'ailleurs exceptionnel, car, sauf le cas de syphilis post-conceptionnelle, si la mère a une syphilis récente active, l'enfant a une séro-réaction positive et l'allaitement maternel est à recommander.

***

IV. — Nourrice saine allaitant un hérédo-syphilitique et nourrisson sain allaité par une syphilitique.

La syphilis des nourrices soulève des problèmes complexes.

I. On découvre une *syphilis manifeste chez un nourrisson confié à une nourrice*, il faut immédiatement prévenir le père de l'enfant[1] et suspendre discrètement l'allaitement ; puis, sous un prétexte quelconque, on examine la nourrice.

— *Si la nourrice est déjà contaminée*, chancre du sein, de la lèvre, de la main, roséole, plaques muqueuses, etc., l'allai-

1. Oralement s'il voit le père, par dépêche ou par lettre recommandée, si l'enfant est en nourrice et à la campagne. La missive ne doit pas prononcer le mot de « syphilis », car elle pourrait être divulguée, décachetée, etc.

tement est continué ; le traitement dissimulé de la nourrice et de l'enfant est aussitôt institué et les mesures prophylactiques sont prises vis-à-vis de l'entourage, en particulier vis-à-vis du mari et des enfants de la nourrice.

Le médecin ne doit rien dire à la nourrice et même éluder ses questions si elles sont précises.

Le père de l'enfant sera mis au courant de ses responsabilités; on lui conseille de révéler la syphilis à la nourrice, de lui donner une indemnité, de la garder afin que le nourrisson ne soit pas livré à l'allaitement artificiel, de la conserver quatre ans au moins comme nourrice sèche.

Le père de l'enfant contaminateur peut se refuser à cette révélation, réclamer le secret professionnel. On essaiera de le persuader de son véritable intérêt : « Prenez garde, dira-t-on, que la nourrice ne s'en aperçoive, qu'une payse rusée ne lui ouvre l'œil, qu'elle n'aille chez un autre médecin qui sera tenu de lui dire le diagnostic... Gare au procès, c'est-à-dire au scandale, et la nourrice gagnera certainement. Même si rien n'est dévoilé actuellement, il faut craindre que le procès ne soit que retardé. Si la nourrice mal traitée est devenue malade, si elle syphilise son mari, ses enfants, d'autres personnes encore, si quelqu'un de ces syphilisés est devenu infirme, quelle multiplication du chiffre des dommages et intérêts. Gare encore au chantage prolongé qu'exercera la nourrice, son mari, ses parents ! Les frais d'un procès sont souvent plus grands que l'indemnité, etc. En un mot, mieux vaut prévenir dès maintenant la nourrice et donner une indemnité à l'amiable, on aura le minimum d'inconvénients ». « Avouer, payer, conserver la nourrice », dit Fournier.

Si le père y consent, le médecin se chargera de cette mission. il fera ressortir à la malade que la transmission était impossible à prévoir, qu'elle ne doit incriminer personne, qu'elle aura une indemnité raisonnable, qu'elle doit garder cette révélation pour elle (et son mari), que bavarder serait

se nuire à elle-même, qu'elle doit rester dans la place où elle est, où elle sera bien soignée, où elle ne contaminera personne, qu'elle est contagieuse, que *si elle prenait un autre nourrisson elle pourrait être poursuivie devant les tribunaux*, en un mot que son intérêt est de rester là où elle est, etc. Diday n'hésita pas à aller discuter les conditions chez le notaire de la nourrice.

Si la nourrice partait, l'enfant contaminateur devrait être mis à l'allaitement artificiel.

Si les parents de l'enfant hérédo-syphilitique refusent de prévenir la nourrice, le médecin doit se résigner à se taire. Si la nourrice le questionne ou vient le consulter chez lui, il est traditionnel de répondre qu'étant le médecin de ses maîtres, il ne peut rien lui dire; il lui conseillera simplement d'aller trouver un autre médecin qui n'est pas lié par le secret professionnel[1]. A l'exemple de Fournier, le médecin fera bien de rompre avec la famille et même refusera de laisser une ordonnance.

— *Si la nourrice ne paraît pas contaminée* (et il est possible qu'elle ne le soit pas), il faut cesser l'allaitement direct[2], faire l'aspiration et donner le lait dans un biberon à l'enfant; le médecin se chargera d'inventer un roman pour la nourrice et de l'éduquer au point de vue des mesures prophylactiques.

1. Mais si le drame se passe à la campagne, le médecin peut être à la fois le médecin du nourrisson de la nourrice et de sa famille ; cette femme ne peut souvent pas voir d'autre médecin. Le médecin doit exiger de la nourrice la cessation de l'allaitement, essayer d'obtenir l'aveu des parents contaminateurs. S'ils s'y refusent, il peut soigner la nourrice, lui dire le diagnostic de sa maladie, mais il se refusera à toute explication sur la genèse de cette syphilis, de même qu'il taira à la nourrice le diagnostic de l'enfant contaminateur.

2. Le médecin, qui tolérerait pareille imprudence, pourrait être poursuivi devant les tribunaux.

On fait la leçon à la famille, qui, effrayée, écoute presque toujours. Sinon, on *prévient la nourrice de cesser son allaitement, sans préciser pourquelle raison* et en se refusant à toute question, on *quitte la famille, mais en laissant une ordonnance explicite* où, suivant le conseil de Fournier, on intercalera avant la signature (afin qu'on ne puisse pas la supprimer) cette phrase soulignée : *impossibilité absolue de continuer l'allaitement mercenaire au sein et de confier cet enfant à n'importe quelle nourrice.* Le médecin commentera cette ordonnance, et le jour même, par lettre recommandée dont il gardera le reçu, il confirmera qu'il cesse ses soins à partir de ce jour sans indiquer le motif, mais en spécifiant qu'il a été « déjà dit » à la famille ; il joindra suivant l'usage, sa note d'honoraires.

Si la famille suit les conseils medicaux, on observera la nourrice pendant trois mois si possible : car c'est le temps de la premiere incubation et le temps de l'apparition de la roséole, si le chancre avait passé inaperçu. Si rien ne survient au bout de 20 à 30 jours, on peut être presque tranquille, mais on aura toute certitude que si le délai de la roséole est passé, on fera bien de pratiquer une séro-réaction afin de ne laisser aucun doute ; pendant tout ce temps la nourrice devra être tenue pour suspecte et ne donner a téter à aucun autre enfant. Le médecin éludera toutes les questions de la nourrice. Si la syphilis apparaît chez elle, la tétée pourra être reprise et le médecin fera comme ci-dessus.

— *Si la nourrice infectée ou suspecte de l'être quitte sa place*, même ne se doutant de rien, elle risque d'aller infecter son mari, ses enfants, un autre nourrisson ; que peut faire le médecin ?

Il essaiera de faire pression sur cette femme et de la retenir par promesse d'argent, etc. S'il n'est pas écouté il doit obtenir des parents le consentement de faire un demi-aveu. Si tout est inutile, doit-il conseiller d'aller trou-

ver un autre médecin? D'ailleurs la nourrice se garderait bien de le faire, car elle veut obtenir un nouveau nourrisson[1]. Si elle a des accidents, elle sera à la visite administrative reconnue et mise hors d'état de nuire, mais si elle est en période d'incubation, n'ayant pas d'accidents, elle pourra se replacer et le chancre apparaîtra après ce placement, contaminant l'enfant! Le médecin reste impuissant.

II. On découvre *chez un enfant des accidents douteux :* aphtes buccaux, érythème fessier avec papule et ulcérations.

On fait une enquête très discrète sans prononcer de mots irréparables.

Si les parents avouent être syphilitiques et que la nourrice ne le soit pas, il est prudent de suspendre l'allaitement au sein (voir ci-dessus, p. 384).

Si les parents semblent indemnes de syphilis, si la nourrice ne présente rien de suspect, il ne faut suspendre l'allaitement au sein que si les lésions de l'enfant sont buccales ; je conseille de conserver la nourrice, d'aspirer le lait dans un aspirateur et de le donner à l'enfant au biberon. On prendra des précautions et on continuera l'allaitement en surveillant la bouche de l'enfant ; on fera le plus vite possible les examens bactériologiques : ultra-microscope, séro-réaction qui décideront. Si le doute persiste, le système de l'aspiration et du biberon me semble plus prudent. L'évolution tranchera bientôt la difficulté.

III. La situation inverse : nourrice syphilitique allaitant un enfant sain est plus rare.

La conduite est analogue lorsqu'on découvre la syphilis chez une nourrice nourissant un enfant sain.

1. Lorsque la Préfecture de police sait par l'aveu de la nourrice qu'elle a donné le sein à un enfant syphilitique ou suspect, elle exige une observation de deux mois.

Si l'enfant n'est pas contaminé, il faut le séparer de sa nourrice, etc., et ne pas le confier à une autre nourrice avant que les délais de première et deuxième incubations de la syphilis ne soient écoulés.

Si l'enfant est déjà contaminé, il faut montrer aux parents que leur intérêt est de garder la nourrice qui l'a syphilisé, etc.

La seule précaution est de prendre des garanties pour qu'ensuite la nourrice syphilisante n'accuse pas de syphilisation la famille du bébé qu'elle a syphilisé. Comment faire ? Brouardel conseilla dans un cas de ce genre de provoquer une consultation de deux médecins qui rédigèrent une lettre aux parents, lettre explicite avec dates précises relatant l'observation de l'enfant et la nature des accidents de la nourrice à la même date. Aussi s'il survenait un procès, les experts commis par le tribunal trouveraient dans cette lettre un document justificateur.

Puis on révèlera à la nourrice, hors la présence de ses maîtres, la nature de sa maladie, en évitant d'accuser qui que ce soit : mari... On lui fera comprendre les dommages qu'elle a causés au bébé. On lui montrera les dangers d'un procès qu'elle perdra sûrement ; si elle ne veut rien entendre, on lui conseillera de voir un autre médecin en ville ou à l'hôpital.

***

V. — Examen et certificat d'un nourrisson a confier a une nourrice.

Cet examen et le certificat, qui le résume, engagent la responsabilité du médecin et des procès récents ont

montré qu'en cas de syphilisation de la nourrice, le médecin pouvait être condamné à une grosse indemnité.

Pour avoir toute garantie vis-à-vis de sa conscience et pour dégager sa responsabilité, le médecin fera : 1° un examen clinique et, si possible, sérologique de l'enfant; 2° un examen clinique et sérologique du père et de la mère. En effet un médecin, qui pourtant avait fait seulement les examens cliniques de l'enfant et de ses parents, s'est vu couvert par le tribunal.

Le certificat spécifiera après ces examens :

Je soussigné, ... certifie après avoir le (date) examiné *séparément* M. X. et Mme X., n'avoir constaté *à l'heure actuelle* aucun signe de syphilis et tenir d'eux l'affirmation formelle qu'ils n'ont jamais eu d'accidents syphilitiques. La séro-réaction pratiquée chez eux en date du..., a été négative. Leur enfant (prénom de l'enfant) ne présentait à sa naissance et ne présente à l'heure actuelle aucun signe de maladie contagieuse. (Donné à titre de renseignement médical à la demande des parents se disant tels et remis à eux-mêmes.)

Si on demande au médecin de formuler par écrit son avis sur la possibilité d'un allaitement mercenaire, il ajoutera :

L'enfant peut donc être confié à une nourrice, sans que pourtant mon certificat engage ma responsabilité dans le cas ou des symptômes de maladie contagieuse, impossible à prévoir actuellement, apparaîtraient dans l'avenir.

***

VI. — Choix d'une nourrice pour un enfant sain.

L'examen clinique de la nourrice doit être minutieux : recherche de tous les signes de syphilis latente : polyadénopathie, leuco-mélanodermie du cou, alopécie. Il faut examiner l'enfant de cette femme. Je considère que la *réaction de Wassermann est indispensable* [1].

Le médecin qui découvre une nourrice syphilitique, doit avertir la tenancière du bureau de placement qu'une de ses nourrices est malade sans préciser le diagnostic ; il recommandera une nouvelle visite administrative de cette femme par le médecin de la Préfecture de police et exigera une preuve que cette visite a été passée en se faisant communiquer le lendemain la décision du médecin inspecteur. Si son conseil n'est pas écouté, le médecin doit avertir la Préfecture qu'une nouvelle visite médicale s'impose des nourrices de tel bureau.

***

VII. — Syphilis, séparation de corps et divorce.

La syphilis est admise comme motif de séparation de corps ou de divorce en interprétant et en appliquant les articles 229, 230, 231 du Code civil.

La constatation de syphilis ne suffit pas ; car la syphilis peut être immérítée, due à une contagion professionnelle

1. En effet les statistiques prouvent que 9 à 10 p. 100 des nourrices cliniquement saines ont une séro-réaction positive.

(médecin, verrier, nourrice), à un accident (chancre extra-génital); car le conjoint accusé peut être de bonne foi; « il ignorait sa syphilis, prétend-il, ou s'il la connaissait, la syphilis remontait avant le mariage, le médecin ne l'a pas prévenu des précautions à prendre avant de se marier et et pendant le mariage », etc. Donc « il faut administrer la preuve que la syphilis a été contractée par suite de relations adultères » (Jugement du tribunal de Versailles, 9 juillet 1895, ou justifier de « circonstances aggravantes », c'est-à-dire de la mauvaise foi du mari. Le tribunal apprécie en cherchant si le dommage a été causé sciemment ou inconsciemment, si toutes les précautions ont été prises pour empêcher de provoquer le dommage.

Les tribunaux français ont aussi prononcé le divorce en admettant comme « circonstantes aggravantes » les motifs suivants :

— La négligence du mari à se traiter avant le mariage, le défaut d'un examen médical avant le mariage et le fait de ne pas avoir demandé une autorisation de mariage[1].

— La contamination immédiatement après le mariage, qui laisse supposer une syphilis récente non soignée[2].

— La mauvaise foi du mari démontrée par le fait seul qu'il traitait sa femme par le mercure sans consulter le médecin ou qu'il avait substitué des antisyphilitiques aux médicaments symptomatiques prescrits par un médecin[3];

— Le refus du mari de se soumettre à une visite médicale;

1. Un arrêt de la Cour de Paris du 12 août 1895 prononce le divorce contre un mari qui n'avait pas caché connaître la nature de sa maladie et n'avait pas consulté de médecin pour demander autorisation de mariage.

2. Un arrêt de la Cour de Nîmes du 11 février 1891, confirmé par la Cour de cassation le 18 janvier 1892, a prononcé la séparation de corps contre un mari qui avait contaminé sa femme dès le début du mariage.

3. Tribunal civil de la Seine, 14 juin 1895.

— La transmission de la syphilis dans des rapports conjugaux imposés par la violence[1]; l'absence de soins médicaux donnés à la contaminée, laissant supposer la mauvaise foi du mari et le désir de dissimuler[2];

— Les obstacles mis à une consultation médicale, la mauvaise volonté apportée dans l'application du traitement, etc.

La gravité de l'infection transmise, ou au contraire la bénignité actuelle de l'infection, ne devraient pas entrer en ligne de compte, car elles échappent à la volonté du contaminant. Mais des tribunaux en ont jugé différemment.

Au contraire la stricte obéissance au médecin, d'un traitement prolongé avant le mariage, la demande d'une autorisation médicale qui a été accordée par le médecin (alors même qu'elle n'aurait pas dû l'être), la consultation d'un médecin demandée par le mari dès les premiers accidents constatés chez la femme, l'empressement à appliquer le traitement et à le surveiller ont été admis comme circonstances atténuantes.

Le simple fait d'avoir exposé l'épouse à être syphilisée a été retenu comme « injure grave », suffisant à faire prononcer le divorce[3], même en l'absence de la transmission de l'infection.

Ces quelques notions de jurisprudence doivent être connues du médecin, afin de mieux diriger sa conduite, afin d'être documenté lorsqu'il veut effrayer un syphilitique inconscient, négligent ou cynique, afin de conseiller ses malades.

Le médecin par son tact et son habileté doit jouer le rôle de conciliateur. Sa conduite avertie, prudente et réfléchie vis-à-vis des syphilitiques mariés (v. p. 25) évitera

1. Cour de Rennes, 14 juillet 1866.
2. Cour de Bordeaux, 18 février 1857.
3. Cour de Nancy, 30 janvier 1886. Un syphilitique s'était fait soigner par sa femme.

d'éveiller des soupçons, de déchaîner des malheurs ; il cherchera à pallier les choses, il insistera sur les dangers d'un coup de tête, il montrera la fréquence des syphilis imméritées, etc.

S'il ne peut convaincre par ces raisons, il citera les arguments juridiques : « le divorce ne peut être prononcé que si l'on fait preuve d'adultère; la constatation de syphilis ne suffit pas, les tribunaux admettant, faute de preuve, que son origine peut être imméritée, etc. ». Il faut la preuve de « circonstances aggravantes » ; or, ces circonstances aggravantes, il ne peut, lui, médecin traitant, les fournir, ces preuves ne peuvent être données que par l'expert désigné par le tribunal, et le plus souvent cet expert arrivera trop tard, alors que les accidents ont disparu. Le médecin conseiller fera valoir que l'accusation risque de voir retourner contre elle par la partie adverse, l'argumentation de syphilis, etc. Il montrera que lui, médecin traitant, qui connaît tous les détails de cette syphilis, est mieux placé pour donner un conseil que l'homme de loi non médecin, etc.

Si enfin, le médecin n'est pas obéi, il renverra à un avocat qui sera peut-être mieux écouté ; en tout cas, il conseillera de chercher d'autres motifs de divorce que la syphilis, afin de ne pas étaler ce secret de famille aux yeux de tous.

Si le divorce est décidé, le médecin doit faciliter la besogne de l'expert, soit en rédigeant des ordonnances datées, explicites, soit en conseillant de hâter la désignation de l'expert. Les médecins légistes déconseillent au médecin de remettre un certificat médical à la contaminée, prétendant que l'autorisation écrite du mari est nécessaire (!). Un arrêt du tribunal de Bordeaux du 28 avril 1891 acquitta un chirurgien des hôpitaux de Bordeaux poursuivi par un mari pour avoir remis à la femme de celui-ci un certificat, ce certificat était destiné à une action en divorce où l'épouse accusait son mari de l'avoir syphilisée. L'ac-

quittement se fonda sur ce fait que la femme avait le *mandat tacite* de son mari de retirer le dit certificat.

Mais la malade en instance de divorce peut exiger un certificat spécifiant la nature des accidents, la date d'un chancre fixant l'époque de la contamination, la date d'une roséole (encore est-il des roséoles de retour qui empêchent d'être affirmatif), le médecin devra décrire les faits en se gardant d'en tirer des conclusions. Il ne donnera ce certificat qu'à la demande *écrite* de la malade, il évitera expressément de *citer d'autres personnes* (par exemple ne pas citer un mari pour une femme syphilisée, etc.). Toutefois Ricord refusait de faire de tels certificats, il conseillait au malade, pour faire preuve de sa syphilis, de produire ses ordonnances *datées*, qui ne laissaient aucun doute.

La tâche du médecin est encore plus délicate s'il a soigné les deux époux. « Si vous soignez les deux parties, dit Brouardel, et qu'il survienne une action en divorce, l'une des deux parties peut vous délier du secret professionnel espérant que vous déposerez en sa faveur; si vous déposez en faveur de l'une, vous violez ce secret que vous devez à l'autre... Donc il est entendu que vous ne devez rien dire, vous ne devez pas non plus délivrer de certificat... » On suivra le conseil de Ricord, on ne rédigera pas de certificats, et l'on refusera tout renseignement à qui que ce soit, avocats, parents, etc.

CHAPITRE XXI

RESPONSABILITÉ CIVILE ET PÉNALE EN MATIÈRE DE TRANSMISSION DE LA SYPHILIS

En matière de responsabilité pénale, bien que l'article 309 du Code pénal puisse s'appliquer à la transmission de la syphilis[1], les auteurs ne citent pas de jugement d'un tribunal français appliquant une *pénalité* à une personne convaincue d'avoir transmis la syphilis à une autre[2]. Aussi le projet de loi de la Commission française extra-parlementaire des mœurs prévoit-il le délit pénal de la transmission de la syphilis[3].

En matière de responsabilité *civile*, les articles 1382, 1383, 1384 du Code civil sont applicables.

De tels procès ont été intentés à propos d'accidents du travail (verriers contaminés par une canne à verre), de

1. Article 309 punissant d'un emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende de 16 à 2 000 francs.

2. En Norvège, des lois visant spécialement la syphilis, condamnent le transmetteur à l'amende et à la prison.

3. Voir Gaucher et Gougerot, Dangers de la syphilis pour la communauté, la question du contrôle de l'État. Rapport au Congrès de Londres, août 1913, *in Annales des maladies vénériennes*, 1913, n° 8, p. 561.

nourrissons hérédo-syphilitiques, de femme divorcée syphilisée et même à propos d'une maîtresse contaminée par rapports sexuels en dehors du mariage; en ce cas pourtant la demanderesse risquerait d'être déboutée en vertu de l'exception *ob turpem causam*, « c'est-à-dire d'une raison qui empêche la justice d'en connaître » et, sauf exception, il est peu probable que de tels malades proclament devant un tribunal leur syphilis et leur mode de contamination.

Voici quelques exemples :

I. — De nombreux jugements ont rendus les parents responsables de la contagion d'une nourrice par leur enfant hérédo-syphilitique[1], s'il est prouvé que les parents ont commis une faute en se sachant syphilitiques, une négligence en ne consultant pas un médecin pour le placement de l'enfant, une imprudence en faisant continuer l'allaitement alors que le nourrisson présentait des lésions évidentes. Si les parents n'ont pas commis de telles fautes, malgré l'évidence de la contamination, la nourrice a été déboutée (Arrêt de la Cour de Paris, 27 novembre 1896, arrêt de la Cour de Lyon, 2 février 1904).

Les parents ont été condamnés, même lorsqu'ils ignorent l'infection syphilitique de l'enfant, s'ils n'ont pas consulté de médecin (Arrêt de la Cour de Paris, 17 janvier 1884).

Ces condamnations qui varient de 1 000 à 7 000 francs d'amende et comportent même une rente viagère de 500 francs dans certains cas, doivent être citées, en exemples, par le praticien aux parents imprudents qui, malgré l'avis médical, persévéreraient à mettre leur enfant en nourrice.

Des parents, s'ils ignorent leur syphilis, et n'en présentent

1. La demanderesse doit prouver : 1° qu'elle est atteinte de syphilis; 2° que la personne accusée est syphilitique; 3° que son infection provient de l'infection de l'accusé. La preuve indirecte a été admise : contamination, par la nourrice, de son mari et de son enfant.

aucun accident, s'ils ont été examinés par un médecin et si l'enfant, paraissant sain à la naissance, a été examiné par un médecin, sont-ils responsables, dans le cas où plus tard des manifestations hérédo-syphilitiques surviennent et contaminent la nourrice? Un arrêt du tribunal civil de la Seine 9 novembre 1893, confirmé par la Cour d'appel de Paris a débouté la nourrice. (Un arrêt de la Cour de Paris, du 10 avril 1877 avait conclu en sens contraire, n'est pas contradictoire, car la mère présentait des accidents qu'un médecin aurait pu constater.)

La nourrice syphilisée peut attaquer en responsabilité civile, non seulement les parents de l'enfant, mais encore les intermédiaires qui ont servi au placement du nourrisson : la directrice du bureau de placement a pu être condamnée. (Jugement du tribunal civil de Lyon, 8 juillet 1852, confirmé par arrêt de la Cour de Lyon). Le médecin a pu être attaqué pour n'avoir pas prévenu la nourrice du danger, mais il doit se retrancher derrière le secret professionnel (un arrêt de la Cour de Dijon du 14 mai 1868, qui réprouve la « réticence regrettable » du médecin ne serait plus imité, car à cette époque le secret professionnel était moins strict).

Un nourrisson hérédo-syphilitique contamine une nourrice; celle-ci infecte son propre enfant, son mari. Le médecin n'est responsable que s'il n'avait pas prévenu la nourrice du danger dès qu'il a constaté des signes de la syphilis.

II. — Les jugements relatifs à la syphilis sexuelle sont beaucoup plus rares :

Un mari, qui croyait que sa fortune lui permettait tous les droits, a vu le divorce prononcé à ses torts, et a été condamné à verser à sa femme qu'il avait syphilisée au début du mariage une pension annuelle de 4000 francs (Tribunal civil de Compiègne, 25 avril 1894).

Deux femmes contaminées par leurs amants ont obtenu

l'une et l'autre 12 000 francs de dommages et intérêts, la première par jugement du tribunal de la Seine, en date du 29 janvier 1903, confirmé le 12 janvier par la Cour de Paris ; la deuxième par jugement du 9 mars 1905 du tribunal du Havre, confirmé le 25 novembre 1905 par la Cour de Rouen. Mais on conçoit que de tels procès soient rares, car il faut faire la preuve que la contaminée était saine auparavant et a été syphilisée par l'accusé.

Dans la première affaire, le jugement s'appuya sur la contamination d'une mineure dont un médecin avait pu constater la virginité quelques semaines avant les premières relations avec l'accusé, sur l'attitude de ce dernier jugée par des lettres au moment où la femme se découvrit syphilitique, etc.

Dans la deuxième affaire, le jugement s'appuya sur une correspondance tout à fait explicite, sur l'aveu de l'amant et sur l'offre faite par lui d'un dédommagement.

Ces jugements sont importants à retenir pour effrayer les syphilitiques sans scrupules qui n'hésitent pas à contaminer une femme saine.

III. — Les jugements en matière de syphilis professionnelle deviennent plus nombreux.

Des ouvriers (verriers) ont attaqué leurs patrons en vertu de la loi sur les accidents du travail, car un arrêt de la Cour de cassation du 3 novembre 1903 étend à la syphilis professionnelle le bénéfice de cette loi et cette procédure semble se substituer et à l'ancienne procédure basée sur l'article 1382 du Code civil [1]. Ces ouvriers ont obtenu gain de cause dans la plupart des cas.

1. Un ouvrier verrier, qui avait attaqué son patron, en se fondant sur l'article 1382 du Code civil, fut débouté par un jugement du tribunal civil de Marseille du 4 mai 1901. Il reprit l'instance en suivant la procédure de la loi sur les accidents du travail et le même tribunal lui accorda le 23 décembre 1902 une rente annuelle de 248 fr. 45 en fixant à 25 p. 100 la diminution du salaire, etc.

Un jugement du tribunal de paix de Lyon, en date du 4 juillet 1902, a accordé, à la suite d'un rapport de Gailleton, le bénéfice de la loi sur les accidents à un ajusteur mécanicien « atteint d'un chancre syphilitique au doigt, survenu onze jours après une blessure faite par un coussinet métallique ». Ce jugement a été vivement critiqué et ne serait peut-être pas imité dans la suite.

Un jugement du tribunal correctionnel de Dijon en date du 31 décembre 1901 accorde une indemnité à un médecin qui n'avait pas été syphilisé, mais qui avait risqué de l'être par une morsure au pouce que lui avait faite au cours d'une discussion un malade porteur de plaques syphilitiques de la bouche. Le médecin, en effet, s'était fait un devoir d'interrompre l'exercice de sa profession pendant la période d'observation où il pouvait se croire dangereux.

CHAPITRE XXII

DIAGNOSTICS RÉGIONAUX

Importance des diagnostics régionaux. Nécessité de la discussion minutieuse du diagnostic de syphilis.
Membres, p. 400 (vaccine ulcéreuse) p. 401; paumes et plantes p. 401 (psoriasis, eczéma), p. 403; doigts et orteils, p. 405 (chancre, panaris); extrémité des doigts, p. 406; sertissure unguéale (perionyxis), p. 406; ongles (onyxis), p. 407.
Tronc, p.408; aisselles, p. 410; sein, p. 410.
Cou et partie antérieure du thorax, p. 411.
Visage, p. 411; narines, p. 412; lèvre supérieure, p. 413; menton (chancre macaron), p. 413; paupières, p. 413; sourcils (alopécie), p. 413.
Lèvres, p. 414.
Langue, p. 414 (cancer, p. 416); bouche, p.418; gencives, p. 419; voile de palais, p. 419. Pharynx, p. 420.
Amygdales, p. 420.
Cuir chevelu, p. 421 (alopécie). Nuque, p. 421.
Gland et prépuce, p. 421; méat urinaire, p. 423; fourreau de la verge et pubis, p. 423; bourses, p. 423; *phimosis*, p. 424; paraphimosis p. 426.
Vulve, p. 426; méat urinaire, p. 428;
Anus, p. 428;
Aines, p. 429.
Gangrènes et phagédénismes génitaux p. 429.

On doit toujours penser à la syphilis, mais après avoir trop souvent méconnu la syphilis, il ne faut tomber dans l'excès contraire et en voir partout. On doit donc être d'une très grande prudence dans le diagnostic,

s'entourer de tous les éléments, recourir au moindre doute aux épreuves bactériologiques (v. p. 431).

Pour faciliter le diagnostic, il est commode en pratique de grouper par région les principales affections qui simulent la syphilis. Ce résumé sera forcément incomplet, mais il servira de guide dans les recherches[1].

Membres.

Diagnostic du chancre et des syphilides papuleuses et papulo-squameuses avec les plaques de psoriasis, placards nummulaires d'eczéma lichenisé, lichen obtusus, urticaire chronique, urticaire pigmentée, eczéma séborrhéique, trichophytie, érythèmes polymorphes, lépromes.

Diagnostic des syphilides lichenoïdes sèches avec : les tuberculides, lichen plan, papules de prurit, kératose pilaire, porokératose.

Diagnostic du chancre et des syphilides pustuleuses et papulo-croûteuses avec : l'acné, folliculite pure, pustules galeuses, bromides, iodurides, tuberculides, trichophyties, favus, vaccin, varicelle, herpès, zona, maladie de Dühring.

Diagnostic des syphilides ulcéreuses ecthymateuses avec : l'ecthyma coccien, furonculose, tuberculose, sporotrichose, ulcérations variqueuses, ulcération de vésicatoire, vaccine ulcéreuse, « varicella gangrenosa », épithéliomas, bouton d'Orient.

Diagnostic des syphilides végétantes avec les lupus et tuberculoses verruqueuses, sporotrichose, etc.

Diagnostic de la pustule vaccinale compliquée de chancre avec : la fausse vaccine, la vaccine ulcéreuse, le psoriasis vaccinal, etc.

1. Voir pour plus de détails l'excellente « Dermatologie topographique » de Sabouraud.

Vaccine ulcéreuse.	Chancre syphilitique vaccinal.
Vaccin humain ou animal.	Vaccin humain.
Apparition du 10e au 15e jour après la vaccination, très souvent avant la chute de la croûte.	Apparition après le 15e jour, d'ordinaire vers le 20e, 25e jour, on a donc une évolution en deux temps : vaccine qui a le temps de se cicatriser, puis lésion nouvelle qui naît dans la cicatrice.
Atteint d'ordinaire toutes les pustules.	Ne survient souvent que sur une, deux des cicatrices.
Lésion ulcéreuse, inflammatoire, suppurante, sans croûte, parfois excavée profonde, térébrante.	Lésion papulo-croûteuse froide, non suppurante, simplement érodée ou peu ulcéreuse (il y a des exceptions).
Bords nettement entaillés parfois à pic.	Bords non entaillés, peu marqués se raccordant « en pente douce avec le fond ».
Fond anfractueux inégal, atone, « de mauvais apect », parfois pultacé, sphacélique.	Fond lisse, uni, rouge propre.
Aréole inflammatoire rouge, étendue, « pseudo-érysipélateuse ».	Aréole minime peu inflammatoire, souvent à peine visible.
Base empâtée par l'œdème diffus, mollasse, dépressible.	Base indurée, sèche, élastique.
Adénite inflammatoire douloureuse, chaude ou pas de réaction ganglionnaire.	Adénite constante, froide : ganglion gros, dur, mobile, indolent.
Complications fréquentes de lymphangite, phlegmon, etc.	Infection secondaire exceptionnelle.
S'agrandit ou guérit en laissant une cicatrice souple.	Progresse lentement, reste fixe, dure jusqu'à 2, 3, 4 mois ; la cicatrice persiste souvent indurée et pigmentée.
N'est suivi d'aucun accident de généralisation.	Suivi d'accidents syphilitiques secondaires.

PAUMES DES MAINS ET PLANTES DES PIEDS.

Le chancre a pu être confondu avec toutes les papules et ulcérations, même avec la botryomycose.

Les syphilides papulo-suintantes ou ulcéreuses secondaires sont faciles à différencier des :

— Pustules staphylococciques.

— Pustules de gale, qui commencent par une vésicule ou une bulle purulente.

— Tuberculoses ulcéreuses, exceptionnelles, presque toujours secondaires à un foyer tuberculeux profond fongueux provenant de l'os ou de la synoviale.

— Mal perforant dont la localisation aux points de pression, la bordure cornée sont si spéciales.

— Pieds de madura et actinomycoses, caractérisés par des nodosités profondes sous-cutanées, qui s'ulcèrent secondairement laissant échapper des grains parasitaires pathognomoniques.

— Maladie de Darier.

Les syphilides papulo-squameuses souvent unilatérales caractérisées par des lésions rondes, cerclées, exfoliées, souvent bordées par un liséré rouge vif, serpigineuses, sont à distinguer des :

— Lichen (et exanthème arthritique palmaire de Fournier qui se rapproche des lichens) dont les éléments sont très petits, pointillés, peu ou pas squameux et se mêlent à d'autres localisations typiques du lichen.

— Kératoses professionnelles (callus).

— Kératodermie acquise des adultes.

— Kératodermie symétrique familiale et congénitale.

— Kératodermie arsenicale.

— Antipyride qui survient quelques heures après l'ingestion d'antipyrine, forme un ou plusieurs disques de 1 à 3 centimètres, rouge sombre parfois jambonné, légèrement papuleux, restant sec ou se vésiculisant, puis desquame légèrement et laisse une large tache pigmentée.

— Tuberculose scléreuse.

— Trichophyties.

— Verrues, etc., etc.

C'est avec le psoriasis et l'eczéma que le diagnostic est le plus difficile, car l'épiderme palmo-plantaire déjà si épais, et encore épaissi par l'inflammation voile les caractères de chaque éruption.

Psoriasis palmo-plantaire.	Syphilides palmo-plantaires.	Eczéma sec.
Antécédents de psoriasis.	Antécédents syphilitiques.	Antécédents d'eczéma.
Eléments associés, sauf exception, à du psoriasis typique aux coudes et aux genoux.	Associées à d'autres syphilides.	Associé à des placards d'eczéma.
Donc presque jamais isolés.	Assez souvent isolées.	Très souvent isolé.
Affection presque toujours *bilatérale*; habituellement, elle reste palmo-plantaire, rarement plantaire.	Souvent unilatérales, elles envahissent rarement toute la paume (elles sont donc partielles); exceptionnellement (et surtout à la plante) elles s'étendent jusqu'aux plis digitaux et revêtent en ces points l'aspect de plaques muqueuses suintantes. Elles sont plus souvent palmaires que plantaires, mais souvent plantaires.	Presque toujours bilatéral, diffuse souvent à toute la paume *et tend à déborder sur la face dorsale de la main*. Toute la paume est envahie, rosée, les sillons étant dessinés par la poussière plâtreuse des squames ou par des fissures. Rarement plantaire.
Larges plaques, rarement psoriasis punctata.	Papules lenticulaires, petites ou moyennes, revêtant 4 types. — 1° Souvent *isolées*, saillantes; — 2° Souvent confluentes en nappe de 2 à 4 centimètres et plus, les bords polycycliques montrent	Les éléments isolés quand on peut les analyser sont petits, de 1 à 2 millimètres vésiculeux ou squameux.

	la réunion d'éléments lenticulaires. — 3° Parfois *circinées* formées de papules isolées comme les grains d'un collier, ou de papules fusionnées comme un ruban, la courbe peut sauter d'un doigt à l'autre en continuant; — 4° *Cornées, calleuses.*	
De teinte rosée, moins rouge et moins sombre que les syphilides.	Rouge sombre, souvent jambonné, quelquefois cuivré.	Toutes les gammes de couleurs sont possibles, mais le rose est le plus fréquent.
Bords assez nets, mais non brusques.	Nettement arrondies, souvent limitées par un bord tracé au compas et brusque.	Bords plats, sans relief, mal limités, *diffus*, irréguliers, *interrompus* par des points de tégument sain, environnés d'îlots eczémateux à petits éléments disposés en *archipel.*
Très squameux, les squames épaisses superposées recouvrent toute l'épaisseur du placard.	« Pauvrement squameuses », à l'exception du type calleux. D'ordinaire elles ne sont que « partiellement » squameuses, les squames petites superficielles laissent apparaître au centre l'épiderme rose; au *bord seulement persiste une collerette d'épiderme décollé.*	Souvent squames épaisses et dures, corpees, exfoliation épidermique squamelleuse, incessante, permanente.
Signes du grattage et du saignottement (v. p. 199).	Pas de tache de bougie au grattage, pas de fin pointillé sanglant.	Au grattage souvent vésiculation et suffusion de sérosité.

Après grattage, pas d'infiltration papuleuse du derme qui apparaît à peine épaissi, fond rosé.	Après grattage, infiltration papuleuse, rénitente, profonde, du derme, « sèche, âpre au toucher »; fond rouge sombre ou clair cuivré.	Après grattage, *fond rosé*, sans infiltration sèche du derme, quelquefois empâtement œdémateux.
Indolent, rhagades exceptionnelles.	Indolentes, rhagades fréquentes qui, en s'infectant, deviennent douloureuses rouges, tuméfiées, suintantes et compliquent le diagnostic.	Souvent prurigineux, indolent, mais rhagades très fréquentes et douloureuses.
Très longue durée, chronicité désespérante.	Courte durée relative. Action du traitement mercuriel iodure, arsenical, caractéristique mais souvent plus lente que pour d'autres syphilides; il faut en être prévenu.	Très longue durée, chronicité souvent indéfinie, rebelle et renaissant malgré tous les traitements.

Doigts et orteils.

Diagnostic du chancre panaris avec le panaris.

Diagnostic du chancre fongueux avec le lupus périunguéal, le tubercule anatomique, la sporotrichose.

Diagnostic du chancre papulo-squameux avec l'eczéma périungéal, psoriasis, onychose trichophytique.

Diagnostic du chancre ulcéreux avec la lèpre, maladie de Morvan, maladie de Raynaud, sclérodactylie.

Diagnostic du chancre hypertrophique avec le cancer, l'actinomycose.

Diagnostic des plaques muqueuses des espaces interdigitaux avec *toutes* les lésions interdigitales.

Le diagnostic est souvent malaisé entre : — les *papules* syphilitiques à bords saillants et infiltrés, — les plaques

muqueuses intertrigineuses d'abord phlycténulaires, puis exulcérées, souvent saignantes, confluentes ou distinctes, larges d'environ 5 millimètres, en feuillet de livre, ou réduite à des rhagades allongées, souvent associées à des syphilides typiques de la face dorsale,

— et l'intertrigo banal sudoral et d'infection staphylococcique avec fissures. Ces pyodermites sont plus démangeantes, plus cuisantes, plus douloureuses ; les débris épithéliaux sont plus nombreux, plus diffus; le fond épidermique est plus blanc. L'intertrigo est strictement localisé à l'espace intradigital.

Le diagnostic est plus facile avec l'eczéma, la dyshidrose, la gale, car il suffit de trouver sur les bords les éléments caractéristiques de ces trois affections.

Extrémité des doigts.

Il faut distinguer des « cors » professionnels (des musiciens), les syphilides lenticulaires ou « cors digitaux » de la syphilis. On reconnaît la papule rose-cuivré derrière l'épaississement épidermique.

A peine faut-il encore citer: les eczémas, acrodermatites d'Hallopeau, ulcérations de la gangrène de Raynaud, etc.

Sertissure unguéale.

Fournier distingue quatre variétés de *périonyxis.*

1° *Périonyxis sec, squameux.* — Syphilide papulo-squameuse du bord libre, ou infiltrée sous la portion libre ;

2° *Périonyxis sec, corné.* — Syphilide cornée, cor ou durillon syphilitique, périungéale indolente au début, puis fissurée excoriée et douloureuse.

3° *Périonyxis inflammatoire.* — Une partie du pourtour unguéal, le plus souvent une des sertissures latérales, est tuméfiée rouge-brun, douloureuse, rénitente. La marche est

lente et chronique et n'aboutit jamais à l'abcédation. Puis la lésion s'atrophie en restant sèche, tout au plus une fissure se forme-t-elle ; la chute de l'ongle est exceptionnelle sauf au gros orteil qui s'incarne facilement.

4° *Périonyxis ulcéreux.* — L'ulcération est précédée d'une lésion analogue à la précédente ; l'ulcération encadre tout ou partie de l'ongle, ou coiffe l'extrémité digitale, pénétrant jusque dans la rainure sous-unguéale ; elle est entourée d'un bourrelet inflammatoire rouge sombre ou rouge violacé saillant; elle est irrégulière de forme, creuse; les bords sont découpés et entaillés ; le fond est sanieux, grisâtre, « fongueux » et sécrète une sérosité séro-purulente, parfois sanguinolente. La chute de l'ongle est presque inévitable, on doit la hâter, car l'ongle mort entretient l'irritation.

Ce périonyxis se complique souvent d'inflammation : le doigt douloureux est gros, souvent globuleux « en massue » ou etalé en « spatule » ; l'ulcération très suintante est livide, parfois gangréneuse.

En guérissant l'ulcération peut bourgeonner une sorte de champignon mollasse.

Le traitement local comprend : matin et soir, bains locaux avec la solution chaude d'oxycyanure de mercure à 1 2000 — s'il y a lieu, cautérisations, à la teinture d'iode ou à l'azotate d'argent, des ulcérations et fissures ; — entre temps pansement humide pendant la période très douloureuse ; — puis pommade au diiodoforme ou à une poudre inerte ; — hâter la chute de l'ongle ; — à la fin pommade ou occlusion avec un emplâtre.

Ongles.

— Les lésions syphilitiques de l'ongle sont complexes, car elles additionnent des troubles trophiques de l'ongle lui-même et des exanthèmes périunguéaux.

Fournier distingue cinq formes d'onyxis :

1° *Onyxis craquelé* : *l'ongle est simplement friable, déchiqueté sur son bord libre* et fissuré ;

2° *Onyxis avec décollement partiel du bord inférieur de l'ongle* : l'ongle est décollé, blanc opaque comme mort, le décollement progresse de bas en haut;

3° *Onyxis avec décollement total et chute* : le décollement est progressif, lent, indolent et souvent on ne s'en aperçoit que lorsque l'ongle jeune repousse l'ongle mort ;

4° *Pachyonyxis* : l'ongle est épaissi, surtout sur son bord libre : celui-ci atteint 2, 3 millimètres et jusqu'à 5 millimètres. Il est inégalement brisé, rugueux, clivé, brun noirâtre. Quoique déformé et bombé, l'ongle conserve sa forme générale et sa surface lisse (alors que dans l'eczéma et le psoriasis la surface est altérée);

5° *Elconyxis* (Ελκος : ulcère) ; l'ongle est épaissi et présente, surtout près de la lunule et latéralement, de petites pertes de substance cratériformes de 2 à 5 millimètres de diamètre, ovalaires ou irrégulières ; les bords en sont formés par des lamelles unguéales déchiquetées et vermoulues, le fond en est rosé.

Tronc.

Diagnostic du chancre avec les lésions déjà citées aux membres.

Diagnostic des syphilides miliaires avec : la séborrhée infectée, c'est-à-dire avec les comédons séborrhéiques inflammés saillants, devenant pustuleux ; — l'acné chronique à petits éléments, lichen scrofulosorum, lichen plan, prurigo.

Diagnostic des syphilides papulo-croûteuses, pustuleuses à petits éléments avec : l'acné polymorphe, acné pilaire cicatricielle de Bazin (acné nécrotique), tuberculides, gale, phtiriase de corps, zona, molluscum contagiosum.

Diagnostic des syphilides pustulo-croûteuses à grands éléments avec : l'impetigo, ecthyma, furoncle, anthrax, trichophyties, toxidermies médicamenteuses (iodurides, bromides), favus et même charbon.

Diagnostic des syphilides végétantes avec : l'ecthyma et impetigo, botryomycome, pemphigus végétant, pian.

Diagnostic des gommes avec : les kystes sébacés (loupes), kystes dermoïdes, gommes tuberculeuses, mycosiques (sporotrichosiques), etc., sarcomes, lymphadénomes, cylindromes, cancer pustuleux, cancer nodulaire à gros éléments ulcérants, ladrerie, granulome calcaire sous-cutané, neurofibromatose de Recklinghausen, fibromes, lipomes, lymphangiomes et angiomes infectés ulcérés, nodosités d'injections mercurielles inavouées, dermato-myomes.

Diagnostic des cicatrices de syphilides papuleuses avec : les vergetures, atrophies « essentielles », tuberculeuses, etc.

Diagnostic de la roséole avec : l'érythème pudique, marbrure de cyanose par troubles de circulation, urticaire, rougeole et érythèmes rubéoliformes, scarlatine et érythèmes scarlatiniformes, hydragyrie, purpura, miliaire sudorale, érythèmes polymorphes, érythèmes toxiques, infectieux, fièvre typhoïde, vaccine diphtérie, streptococcie, fièvre puerpérale, bacillo-tuberculose précédant le lupus érythémateux aigu, lèpre, érythèmes sérothérapiques, médicamenteux, etc..

Diagnostic des syphilides circinées avec : les trichophyties, favus, etc.

Diagnostic des syphilides bulleuses avec : la variole, varicelle, pemphigus, maladie de Dühring, toxidermie bulleuse (antypyrides), etc.

Diagnostic des syphilides desquamatives avec : l'ichtyose, pityriasis rubra pilaire, pityriasis rubra grave, pemphigus foliacé, etc.

Diagnostic des syphilides papuleuses et papulo-squameuses avec : le psoriasis, parapsoriasis, pityriasis stéatoïde (eczéma

flanellaire), eczéma nummulaire ou circiné, tuberculose, lèpre, pityriasis rosé de Gibert, pityriasis versicolore à petits éléments, hyperkératose blennorragique, molluscum contagiosum, hidradénome éruptif, (caractérisé par de petites humeurs kystiques très nombreuses, existant depuis des années, soulevant la peau sans l'altérer), xanthome généralisé, verrues simples, verrue plate sénile, noyaux cancéreux métastatiques, squirre en cuirasse, etc.

Aisselles.

Diagnostic des plaques muqueuses syphilitiques avec : l'intertrigo compliqué d'ulcérations, l' « eczéma séborrhéique » papuleux, eczéma nummulaire, eczéma infecté qui peut coincïder avec des « plaques muqueuses », folliculite, hydrosadénite, gale, psoriasis, fistules tuberculeuses, sporotrichosiques, trichomycose (gangue sableuse des poils), érythrasma, trichophyties, épithélioma, psorospermose folliculaire, acanthosis nigricans.

Sein.

Diagnostic des accidents primaires et secondaires avec les lésions du *mamelon* : fissure infectée, morsure, eczéma, gale, maladie de Paget (début du cancer).

Diagnostic des gommes tertiaires avec toutes les nodosités de la *glande mammaire* : noyau de mammite, kystes et maladie polykystique de Reclus, gommes tuberculeuses et sporotrichosiques, adénofibrome, cancers et sarcomes ulcérés ou non.

Diagnostic des syphilides secondaires du *pli sous-mammaire* avec la plupart des processus notés aux aînes et aux aisselles.

Cou et partie antérieure du thorax.

Diagnostic de la roséole avec : l'érythème pudique, l'érythème traumatique de frottement, le dermographisme, le réseau et les marbrures cyanotiques, les roséoles infectieuses, médicamenteuses, les roséoles lépreuses, bacillaires (début de lupus érythémateux), etc.

Diagnostic des éruptions secondaires avec le pityriasis rosé de Gibert et les eczémas séborrhéiques, l'urticaire, érythème polymorphe, etc.

Diagnostic de la leucomélanodermie avec les pigmentations solaires, acnéiques, avec le vitiligo.

Diagnostic des syphilides tertiaires avec : les tuberculoses, mycoses, actinomycoses, sporotrichoses, trichophyties, adénites.

Visage.

Diagnostic du chancre avec toutes les lésions citées aux membres, avec le kérion, etc..

Diagnostic des syphilides secondaires et tertiaires avec les :

— eczémas nummulaires qui ont des bords plus diffus, émiettés, qui au grattage laissent voir des vésicules et ne sont pas infiltrés,

— eczéma séborrhéique ;

— placards psoriasiques en particulier au front, dans les plis nasogéniens ;

— impétigo qui débute par une bulle claire qui ne repose pas sur une papule infiltrée et ne cache pas une ulcération ;

— ecthyma ;

— acné nécrotique, acné-couperose qui n'ont pas les bords bien limités, infiltrés, souvent figurés de syphilides et présentent au contraire des pustulettes, des télangiectasies ; — acné hypertrophique ; — acné nécrotique ;

— lupus vulgaire reconnaissable au grain lupique orangé et demi-transparent à la vitro-pression, mou à la piqûre de l'aiguille, sensible à la pression ;

— lupus érythémateux que caractérise sa squame spéciale, ponctuée ;

— sporotrichose (v. p. 463);

— lèpre si spéciale avec ses gros nodules « fauves », souvent, mais non toujours, anesthésiques, qui renferment des bacilles de Hansen ;

— mycosis fongoïde toujours douloureux, et très prurigineux ;

— psorospermose folliculaire, caractérisée par des croûtes brunes coniques enchâssées dans les orifices sébacés, qui sont dilatés, énormes et soulevés par une saillie papuleuse molle ; lésions débutant par les plis nasogéniens, etc., et envahissant ensuite les aines, les aisselles, les parties médianes du thorax ;

— trichophyties circinées qui ont des bords plus irréguliers et parsemés de pustulettes, qui sont souvent molles, œdématiées, mais n'ont pas l'infiltration sèche des syphilides. Les poils et les squames contiennent des filaments et des spores ;

— zona surtout au front ;

— verrues planes juvéniles, verrues planes séniles ;

— épithéliomas, qui sont plus irréguliers, entourés d'un bourrelet éversé, dont le fond est plus bourgeonnant et saignottent facilement ;

— et même avec la morve.

Narines.

Diagnostic du chancre avec la plupart des lésions énumérées à propos du visage, avec l'impetigo, le furoncle, le cancer, l'engelure et même l'érysipèle (chancre avec « lymphite » en nappe), etc..

Diagnostic des papules, sèches ou humides, avec: l'impetigo narinaire streptococcique, impétigo et fissures banales des coryzas staphylocciques, des eczémas.

Diagnostic des infiltrats syphilitiques avec le lupus, la sporotrichose, le rhinosclérome, l'épithélioma, etc.

Diagnostic des ulcérations syphilitiques avec les folliculites et pustules, la furonculose, etc.

Lèvre supérieure (Région de la moustache).

Diagnostic des syphilides secondaires avec les pityriasis simple, stéatoïde, avec l'eczéma fluent, le sycosis.

Menton (Région de la barbe).

Il faut en particulier attirer l'attention sur le diagnostic du chancre, qui souvent est géant « en macaron », avec l'anthrax, le kérion, etc., et sur le diagnostic des syphilides papuleuses végétantes, avec le sycosis.

Paupières.

Diagnostic du chancre avec toutes les tuméfactions : orgelets, etc.

Diagnostic de la blépharite syphilitique secondaire avec la blépharite « simple » pustuleuse chronique, la blépharite des phtiriases, chalazion, ectropion, molluscum contagiosum, milium, zona, alopécie de la queue du sourcil.

Diagnostic des ulcérations tertiaires avec le lupus, les sporotrichoses, l'ecthyma banal et même l'épithélioma.

Sourcils.

Diagnostic du chancre avec un placard d'eczéma séborrhéique et parfois la kératose pilaire, avec le lupus ou le tubercule lépreux.

Diagnostic de l'alopécie secondaire avec la pelade, l'alopécie consécutive aux eczémas, l'hypotrichie de l'insuffisance thyroïdienne.

Lèvres.

Diagnostic du chancre avec : un hématome traumatique, l'ecthyma, l'impetigo, le cancer, le lupus, une tuberculose, la sporotrichose.

Diagnostic des plaques muqueuses avec : une gerçure, une érosion banale de brûlure, l'eczéma fissuraire et l'eczéma banal (qui est douloureux « brûlant », vésiculeux, suintant, à bords émiettés), l'herpès (localisé aux commissures, fissuraire, entouré d'épiderme macéré blanc violacé), la perlèche (qui se continue parfois avec une lésion d'impetigo cutané ou avec une dartre sèche et coïncide avec cet impetigo croûteux et sec).

Diagnostic du syphilome tertiaire avec : l'épithélioma, la tuberculose lupique ou gommeuse, les mycoses (actinomycoses, etc.).

Langue (Planches **49**, **50**).

Diagnostic des *chancres* érosifs rouges, érosifs pseudo-membraneux, plats ou saillants, des chancres ulcéreux avec : les brûlures, érythème polymorphe, glossites impetigineuses, glossites dentaires, ulcère tuberculeux et même avec le chancre mou.

Diagnostic des chancres fissuraires avec les rhagades traumatiques, les fissures congénitales.

Diagnostic du chancre scléreux et infiltrant avec le cancer.

Diagnostic des *plaques muqueuses* avec les :

— érosions traumatiques, morsures, brûlures, érosions tabagiques, exulcérations dentaires.

— herpès (v. p. 154).

FIG. 1. — **Gomme syphilitique : ulcérée de la langue, typique**

Bords curvilignes, à pic, adhérents, infiltrés, fond bourbillonneux jaunâtre.

FIG. 2. — **Syphilis scléreuse : langue ficelée syphilitique**

L'infiltrat gommeux, en se cicatrisant, a formé des brides scléreuses rétractant et ficelant la langue.

FIG. 3. — **Syphilis tertiaire linguale : syphilome diffus hypertrophique.**

La langue infiltrée par l'infiltrat gommeux est énorme, tenant à peine dans la bouche, elle est indurée à la palpation ; il n'y a pas encore d'ulcération.

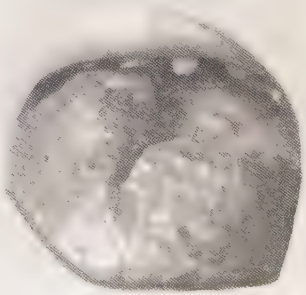


FIG. 4. — **Syphilis scléro-gommeuse de la langue**

Forme mixte combinant la gomme ulcérée et les ficelages de langue fibreuse.

Gougerot, *Syphilis*, p. 414.

Musée de l'hôpital Saint-Louis.

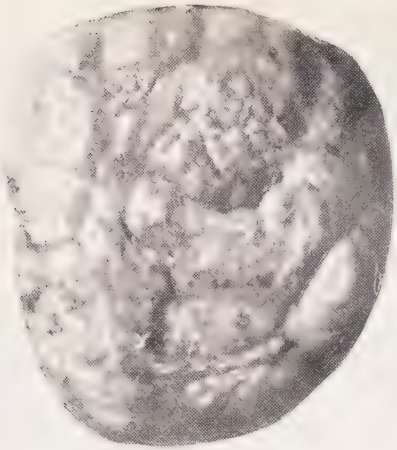


FIG. 1. — **Glossite scléreuse syphilitique avec leucoplasie**

Lésions irrémédiables persistant après le traitement : la langue est rouge, tantôt ficelée (sclérose profonde), tantôt lisse (glossite scléreuse superficielle) et tachetée de plaques blanches irrégulières de leucoplasie.

FIG. 2. — **Syphilome gommeux dermique diffus du voile du palais**

La même lésion peut se rencontrer à la langue. La muqueuse non ulcérée est mamelonnée irrégulière, rouge orangé, couturée de profonds sillons.

Gougerot, *Syphilis*, p. 414. *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

— aphtes dont les éléments sont douloureux, lenticulaires, à bords orbiculaires, entaillés en cupule (et non plat), à fond jaune beurre, à liséré carminé inflammatoire.

— hydroa lingual, véritable « sosie » de la syphilis; mais l'hydroa s'accompagne, sauf exception, d'éléments cutanés, d'érythème polymorphe; il est au début plus rouge, plus inflammatoire et il laisse une collerette; à côté des éléments syphiloïdes, on trouve parfois des lésions vésiculeuses, typiques.

— dermatite de Dühring et pemphigus.

— enduits pseudo-membraneux, diphtériques ou non, streptocociques etc... qui sont plus inflammatoires.

— glossite mercurielle qui s'accompagne d'haleine fétide, de salivation, gingivite, œdème de la langue, douleur.

— glossite de l'antipyrine, et glossites médicamenteuses.

— glossite exfoliatrice marginée, qui est mobile « nomade », dont le bord est marqué par un *liséré* constant, très fin; le bord blanc tranche sur le fond rouge et dessine des arceaux curvilignes.

Diagnostic de la *glossite dépapillante syphilitique* ou *plaques fauchées* avec les brûlures.

Diagnostic de la *leucoplasie* (Planche **50**, fig. 1, p. 414) et des *syphilides leucoplasi formes* avec le lichen plan (v. ci-dessus, p. 197).

Diagnostic des *syphilides tertiaires*, gommes dermiques et gommes musculaires (Planche **49**) avec les :

— *morsures* de la langue infectées, par exemple chez un épileptique.

— *ulcération tuberculeuse* qui est caractérisée par les signes suivants : antécédents de tuberculose; — coexistence de tuberculose pulmonaire ou laryngée ou anale; — expectoration presque constante; — troubles fonctionnels marqués, douleurs, otalgie, etc., — multiplicité possible quoique exceptionnelle des lésions; — ulcération profonde de 2 à 3 millimètres, plate; — contours déchiquetés sinueux;

— bords entaillés en arête ou décollés flottants; — fond inégal blafard, atone, bourgeonnant, tacheté de points jaunes, « points jaunes de Trélat »; — base molle; — sous la muqueuse environnante points jaunes (ou blancs) de Trélat, de 0 m. 05 à 1 millimètre représentant de petites tubercules qui vont se réunir à l'ulcération et contribuer à son agrandissement; — présence de bacilles tuberculeux.

— *lupus tuberculeux*, qui est irrégulier, mamelonné, dont les nodules rouge-orangés (nodules de Ferreol) ont de 1 à 3 millimètres, rarement davantage, qui sont mous, semi-transparents, extrêmement tenaces; les ulcérations sont irrégulières, peu profondes.

— *gomme tuberculeuse* et *abcès froid* : l'évolution en est plus lente : les bords sont irréguliers, déchiquetés, décollés, flottants; le fond est granuleux atone, non bourbillonneux; l'ulcération est souvent fistuleuse, laissant couler du séro-pus sans bourbillon.

— *ulcération dentaire.*

— glossites mercurielles.

— actinomycose qui infiltre plus largement la langue, et qui est d'une dureté ligneuse : les nodosités agglomérées, souvent percées par des fistules étroites, laissent écouler du séro-pus contenant des grains jaunes caractéristiques.

— sporotrichose : tantôt elle donne un infiltrat végétant lupiforme avec ulcérations, qui ne déforme pas la langue, tantôt elle se traduit par une gomme abcédée ressemblant à la gomme tuberculeuse et ne renfermant pas de bourbillon, l'adénite n'est pas rare.

Diagnostic de la glossite scléreuse superficielle ou profonde (langue ficelée) avec le squire... etc.

Diagnostic de la glossite scléro-gommeuse ulcérée, compliquée de leucoplasie, avec le cancer, c'est là le grand diagnostic de pratique.

Épithélioma.	Syphilis.
Age plus avancé, prédilection de 50 à 70 ans.	Se rencontre à tous les âges.
Rare chez la femme, parce qu'elle ne fume pas.	Chez la femme autant que chez l'homme.
Fétidité ichoreuse, ichor cancéreux et ptyalisme.	Sauf stomatite surajoutée, peu ou pas de fétidité, ptyalisme moindre.
Lésion presque toujours unique, pouvant occuper la face inférieure.	Souvent lésions d'apparence multiple et diffuse, ne siégant parfois que sur les bords et la face supérieure.
Lésion *circonscrite*.	Lésions envahissant, déformant, ficelant toute la langue, ou tout ou moins sa plus grande partie.
Lésion saillante sur les bords, même quand le centre est ulcéré et creux, mais plus bourgeonnante, végétante et rouge.	Lésions plutôt en creux, bien que les « ficelures » donnent souvent l'illusion de saillie.
Bords éversés, épais, en bourrelet.	Bords entaillés.
Infiltration dure, cartilagineuse.	Infiltration moins dure, plus résistance.
Bourgeons et fond de l'ulcération bourgeonnante, bords de la lésion piquetés de points blancs, dits *vermiotes*.	Pas de « vermiotes ».
Lésion *saignottant* au moindre frottis.	Lésions ne saignant qu'à un attouchement rude.
Douleurs vives et douleurs spontanées : otalgie.	Presque indolente, pas d'otalgie.
Maladresse marquée de la langue, troubles de la parole, de la mastication.	Tolérance relative, peu de troubles fonctionnels.
Adénopathie précoce, constante : ganglions petits, durs, mobiles, indolents.	Pas de ganglions, sauf infection secondaire : ces ganglions sont du type inflammatoire.
Plus tard, tendance à l'immobilisation de la langue sur le plancher buccal (« langue clouée ») et infiltration diffuse, ligneuse du plancher buccal.	Pas d'infiltration, pas d'immobilisation.

Cachexie jaune paille. Biopsie : épithélioma.	Pas de cachexie spéciale. Biopsie : papillome, infiltration inflammatoire ancienne du derme, sclérose... (En raison de la leucoplasie qui ressemble à l'épithéliome, la biopsie doit porter sur les lésions ulcéreuses et végétantes et être assez profonde).
Epreuve thérapeutique : traitement mercuriel et arsenical (sans iodure) inefficace.	Régression plus ou moins lente par le traitement général et local : cautérisations, etc.

Bouche.

Diagnostic des syphilides secondaires avec les :

— stomatites érosives ou ulcéreuses, irrégulières, fugaces, dues à une mauvaise dentition, à une hygiène défectueuse.

— stomatite ulcéro-membraneuse, douloureuse, souvent accompagnée de malaise, de fébricule et caractérisée par des fausses membranes épaisses qui tendent à se décoller sur les bords et recouvrent des exulcérations sanieuses, saignant facilement.

— stomatite aphteuse et aphtes simples très douloureux, agaçants, disséminés sur toute la bouche : les pustulettes, bientôt exulcérées, donnent une ulcération arrondie grise ou jaune d'or, cerclée d'un liséré rouge, ulcération infundibulaire guérissant en six à huit jours, sans traitements, et récidivante.

— muguet, dont les enduits blanchâtres ressemblent à du lait caillé.

(Une place spéciale doit être faite à la stomatite mercurielle.)

Diagnostic des syphilides en nappe avec les :

— lupus vulgaire qui d'ordinaire coïncide avec d'autres placards lupiques, caractéristiques, du nez, etc. ; le placard muqueux est végétant, papillomateux, irrégulier, semé de

petites ulcérations inégales; il progresse très lentement et est incurable spontanément.

— lupus érythémateux, qui siège surtout à la face interne des joues, forme une ou plusieurs plaques irrégulieres, à peine saillantes, rouge-vineuses à bords irréguliers, et a fond irrégulièrement tacheté de plaques blanches hyperkeratosiques, comme ponctuées.

Diagnostic de la leucoplasie avec le :

— lichen plan, dont la kératose est réticulée, arborescente, tachetée de petits points blancs ou revêt la forme de pains à cacheter arrondis. On découvre des lésions caractéristiques sur les membres : papules polygonales à la face antérieure des avant-bras, grosses plaques squameuses, violacées, brunâtres sur les mollets.

— acanthosis nigricans qui pigmente et hérisse la muqueuse de villosités.

Gencives.

Diagnostic du chancre syphilitique avec : les ulcérations traumatiques d'extraction dentaire, brûlures, lupus.

Diagnostic des plaques muqueuses avec : la gingivite simple ou ulcero-membraneuse, la gingivite diabetique, la pyorrhée alvéolo-dentaire, les aphtes (mention spéciale doit être faite de la gingivite mercurielle).

Diagnostic des lésions tertiaires avec : les épulis et les néoplasies, kystes dentaires, actinomycoses, etc.

Voile du palais.

Diagnostic du chancre et des plaques muqueuses hypertrophiques avec les : brûlures, erythème polymorphe, dermatite de Dühring, pemphigus, antipyrides, ulcération d'infection banale (fuso-spirillaire, etc.)

Diagnostic des gommes et perforation (Planche **51**) : avec les abcès, tuberculose, sporotrichose.

Diagnostic des syphilides tertiaires en nappe avec le lupus (Planche **50**, fig. 2), etc.

Pharynx.

Diagnostic des syphilides ulcéreuses avec : la tuberculose pharyngée, les abcès, les adénoïdites tuberculeuses suppurées, les mycoses : sporotrichoses, etc.

Amygdales.

Diagnostic du *chancre érosif et papulo-érosif* avec : les angines rouges, l'hypertrophie amygdalienne.

— du *chancre ulcéreux* avec l'angine de Vincent, les abcès vidés ;

— du *chancre inflammatoire* avec les angines aiguës ;

— du *chancre diphtéroïde* avec : la diphtérie, toutes les angines pseudo-membraneuses, l'angine herpétique, la couenne fibreuse consécutive à l'amygdalotomie ;

— du *chancre gangréneux* avec les ulcérations gangréneuses dues à l'association fuso-spirillaire de Vincent et aux anaérobies de la bouche ;

— du *chancre hypertrophique* avec l'épithéliome, etc.

Le chancre est plus localisé, rarement bilatéral, exceptionnellement multiple ; il est plus induré ; il est indolent, aphlegmasique, accompagné d'adénite froide caractéristique ; mais les infections secondaires dues aux microbes de la bouche le déforment. Il faut donc se méfier du chancre devant toute angine unilatérale à ganglion dur et attendre la fin de la poussée aiguë ; les signes de chancre persistent, et au bout de 25 à 40 jours les symptômes secondaires apparaissent.

(Pour les plaques muqueuses et gommes voir, « Langue »,

PLANCHE 51

Gomme hypodermique du voile du palais

La gomme est saillante et vient de s'ulcérer, elle contient encore le bourbillon jaune noirâtre nécrosé qui, en s'éliminant, laissera la perforation arrondie à pic, recouvert d'enduit jaunâtre bourbillonneux.

(Gougerot, *Syphilis*, p. 420.) *Musée de l'hôpital Saint-Louis.*

IMP. G. BELLEROCHE, PARIS

p. 414 : la gomme de l'amygdale doit être différenciée de l'angine phlegmoneuse ouverte.)

Cuir chevelu.

Le chancre est exceptionnel (v. Diagnostic du chancre des membres).

Diagnostic des syphilides secondaires et tertiaires avec : l'impetigo de Fox, pustules impetigineuses; de Bockhart, furoncle et abcès, acné, eczéma, psoriasis, pityriasis.

Diagnostic des alopécies secondaires avec les alopécies traumatiques, alopécies post-infectieuse (erysipèle) ; alopécies post-impetigineuses, pseudo-pelade, favus, lupus erythémateux, lichen plan corné atrophique, trichophyties, microspories, fausse teigne amiantacée, ichtyose, pelade, alopécie occipitale par frottement du nourrisson ; — trichotillomanie (dont les plaques alopéciques irrégulières occupent les tempes, le front; elles sont criblées de points noirs, de débris de poils entremêlés à des cheveux sains de longueur normale ; il n'y a pas de poils malades).

Nuque.

Le chancre est exceptionnel.

Diagnostic des syphilides secondaires et tertiaires avec : l'impetigo des pédiculoses, ecthyma des phtiriases, acné pustuleuse, chéloïdes, furoncles, anthrax, placards d'eczéma circiné, de psoriasis, de lupus érythémateux, trichophyties.

Gland et prépuce.

On peut rencontrer en ces régions toute la série des chancres, syphilides secondaires, des syphilides secondo-tertiaires circinées, syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses, syphilides chancriformes ; ces lésions sont arrondies ou déformées par les rainures balaniques.

Diagnostic avec le :

— chancre mou (v. p. 147);

— ulcération traumatique (v. p. 153);

— balanite traumatique et infectée, pustulo-ulcéreuse, à lésions irrégulières, douloureuses, très rouges, œdématiées, suppurantes;

— balanite érosive circinée de Berdal et Bataillon ; la balanite commence par un point blanc d'épiderme nécrosé; ce point s'agrandit excentriquement; le centre desquame, formant une érosion rouge, ses bords nets circinés sont dessinés par un liséré blanchâtre d'épiderme nécrosé. Cette lésion contient des spirilles ou l'association fuso-spirillaire.

— balanites diabétiques exulcérées ou ulcéreuses : leurs érosions disséminées, allongées, croûteuses, suintantes, ne ressemblent pas à des érosions syphilitiques, ni à des papules.

— papules et ulcérations galeuses, petites, irrégulières, polymorphes, plus pustuleuses, excoriées par grattage, prurigineuses, dessinant souvent la forme d'un sillon, coïncidant avec les lésions habituelles de la gale : sur le fourreau et sur le reste du corps, on trouve des vésicules perlées, des sillons (v. p. 154).

— herpès durant 7 à 8 jours, se flétrissant en 10 à 12 jours, et banalite pustulo-ulcéreuse ressemblant à un herpès qui serait d'emblée suppuré et plus ulcéreux : les vésicules sont groupées au nombre de 6 à 12.

— eczéma (v. p. 195). — lichen cutané, muqueux (v. p. 197).

— psoriasis (v. p. 199).

— lupus végétant.

— végétations caractérisées par des saillies en choufleur rondes ou acuminées, les papilles déchiquetées sont recouvertes d'épiderme non ulcéré.

— végétations cautérisées, infectées, ulcérées.

— epithélioma (v.p. 155).

— balanite hydrargyrique souvent aiguë, rouge, suppurée, œdématiée due à l'application de calomel en poudre sur des vésicules d'herpès ou des végétations.

— balanite iodo-potassique papulo-végétante ou ulcéreuse, ressemblant à un epithelioma. Ce malade a d'autres iodurides cutanées et l'on apprend qu'il ingère de hautes doses d'iodure, ou qu'il a une idiosyncrasie à ce médicament, etc.

Meat urinaire.

Diagnostic du chancre et des syphilides secondaires avec les érosions gonococciques, les chancres mous qui sont rarement uniques, etc.

Fourreau de la verge et pubis.

Diagnostic avec presque toutes les lésions déjà citées à propos du gland et du prépuce et en outre avec :

— l'ecthyma (v. p. 191),

— les kystes sébacés, fréquents en particulier chez les ouvriers maniant le chlore (« chlorides cutanées ») : leur contenu caractéristique se vide par un pertuis déjà existant ou pratiqué avec une pointe de galvano-cautère ;

— les kystes dermoïdes ;

— la lymphangite de chancre mou et les abcès fibraux ; la lymphangite due à des bactéries pyogènes (bacilles pseudo-diphtériques), etc. ;

— les gommes mycosiques, hémisporosiques, sporotrisiques, etc. (la lymphangite syphilitique est exceptionnelle).

Bourses.

Diagnostic des chancres, des plaques muqueuses érosives, ou papuleuses, ou papulo-hypertrophiques, des syphilides tertiaires circinées ou gommeuses avec les :

— érosions traumatiques infectées par grattage; papules et ecthyma galeux; prurigo scrotal; psoriasis; eczéma nummulaire ou diffus;

— hydrargyrie qui est très douloureuse et cuisante : cet érythème s'étend au-delà des bourses, aux aines, à la face interne des cuisses, au bas-ventre : la peau est tantôt d'un rouge scarlatineux diffus, tantôt d'un rouge luisant ou même vineux, puis elle desquasme;

— épithélioma des vieillards et des ramoneurs; angiomes, angio-kératome de Mibellé; papillomes; kystes sébacés, etc.

Phimosis.

Devant tout phimosis acquis il faut systématiquement suspecter la syphilis : très fréquemment le chancre rétrécit le prépuce; quelquefois ce sont des syphilides secondaires papuleuses et il n'est pas rare qu'un syphilitique fasse ainsi en syphilis primaire et secondaire, plusieurs récidives de phimosis syphilitique. Le phimosis du chancre se reconnaît à son allure froide : il est indolent, rose-pâle ou rouge violacé, infiltré, d'une dureté caoutchoutée ou ligneuse; parfois, il est parsemé de bosselures; les ganglions inguinaux sont tuméfiés. Parfois on a vu au début le chancre, alors que le prépuce pouvait être encore ramené en arrière; parfois on sent une induration ligneuse circonscrite dans la profondeur à travers le capuchon préputial; le phimosis de la période secondaire est d'ordinaire facile à diagnostiquer, car sur le bord orificial on découvre des plaques muqueuses, papuleuses, ulcérées.

Il faut éliminer les :

— phimosis congénital infecté, malformation qui existe depuis l'enfance.

— phimosis acquis blennorragique et phimosis chancrelleux : tous deux sont souvent énormes, enflammés, rouges, œdématés, douloureux, laissant suinter du pus qui contient

dans le premier cas des gonocoques, dans le second des bacilles de Ducrey. Ils sont moins serrés, moins rigides que le phimosis syphilitique, et dus plus au gonflement œdémateux et à la douleur qu'à l'infiltration scléreuse. Ils s'accompagnent le premier des signes d'urétbrite, le second de bubon chancrelleux.

— phimosis de la balanite érosive circinée et de la balanite post-herpétique : tous deux sont peu prononcés, à moins que le malade n'ait déjà une étroitesse congénitale relative du prépuce, ils laissent suinter de la sérosité, le gland peut être découvert et on trouve les lésions caractéristiques d'herpès ou de balanite sur le gland ; les ganglions restent petits à moins d'infection secondaire intense.

— phimosis diabétique : il est peu gonflé, rouge, s'accompagne souvent d'érythème du reste du fourreau de la verge et des bourses et souvent d'eczéma ; il est assez dur, il laisse suinter du séro-pus et présente le plus souvent des fissures radiées, douloureuses, rouges, des plis du limbe préputial.

— phimosis consécutif à des végétations infectées : ce phimosis est rare, le malade se souvient d'avoir des « crêtes de coq » et on en aperçoit presque toujours débordant le prépuce ou le gland.

(Il suffit de citer pour ne pas les confondre avec un phimosis syphilitique : l'épithéliome, la tuberculose ulcéreuse éléphantiasique, les éléphantiasis, etc.)

Le diagnostic est d'autant plus difficile que le chancre syphilitique peut s'infecter et prend par conséquent l'aspect d'un phimosis rouge œdématié. Enfin il ne faut pas oublier que le chancre syphilitique coïncide fréquemment avec une ou plusieurs des affections ci-dessus : chancrelle, balanite, blennorragique, etc., d'où résultent des complexes souvent difficiles à dissocier (v. p. 147).

Paraphimosis.

Un malade, atteint de chancre ou de syphilides secondaires, ayant un début de phimosis, a réussi à ramener le prépuce en arrière du gland, mais il ne peut le ramener en avant.

Le diagnostic se pose : avec les paraphimosis dus à l'un quelconque des phimosis précédents à la suite de la découverte du gland ; avec le paraphimosis par simple stricture, avec ou sans infection.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que le « phimosis simple » peut s'infecter, présenter une ulcération purulente et se gangrener en un point, donnant une ulcération chancriforme et qu'inversement un paraphimosis syphilitique peut s'infecter et se gangrener. C'est l'évolution qui tranchera le doute : on fera le traitement symptomatique et on verra alors quel aspect prend la lésion, on verra si une lésion chronique se cache derrière la complication aiguë passagère du paraphimosis, derrière l'infection et la gangrène.

Vulve.

La vulve est un siège d'élection pour les syphilides primaires et secondaires chancre avec son œdème dur, de toute une grande lèvre, plaques muqueuses érosives rosées ou rouges, bordées de gris « en soucoupe », plaques papuleuses (condylomes plats), plaques lenticulaires ou en nappe, etc.

Diagnostic des syphilides avec les :

— vulvites érythémateuses avec ou sans œdème, avec ou sans ulcération, d'origine traumatique et par infection secondaire.

— vulvite banale par malpropreté avec ulcération, folliculites.

— vulvite gonococcique avec ulcérations, primitive ou secondaire à une métrite, irritant la face interne des grandes lèvres, donnant des exulcérations à bords circinés qui souvent font place à des fongosités suppurantes.

— végétations acuminées, dentelées « pointues », pédiculées : le diagnostic est très difficile si elles sont cautérisées, infectées et suppurantes.

— bartholinite ulcérée : l'ulcération est profonde, consécutive à un abcès chaud ; elle a été précédée par une grosseur douloureuse chaude ou froide siégeant dans l'épaisseur de la grande lèvre et résulte d'une blennorragie ancienne.

— vulvite érosive, plus inflammatoire.

—herpès (v. p. 154), diagnostic difficile surtout s'il y a infection secondaire et infiltration sous les placards herpétiques.

— folliculite.

— chancres mous : les chancrelles sont multiples, creuses, suppurent abondamment, leurs bords sont irréguliers à pic, souvent cernés d'un liséré rouge.

— prurit, survenant chez des nerveux surmenés, durant depuis des années, récidivant, se compliquant de lichenisation et d'hyperpigmentation.

— eczémas (v. p. 195).

— psoriasis (v. p. 199)

— diabétides précédées et accompagnées de prurit : l'erythème est diffus, souvent d'un rouge jaune bistré avec œdème ; il couvre et déborde les deux grandes lèvres ; entre les grandes et les petites lèvres ou à la fourchette, on découvre des ulcérations banales, douloureuses, démangeantes, irrégulières, peu suppurantes.

— intertrigo sénile associé à de l'intertrigo des aines et des plis du bas-ventre chez un obèse, très prurigineux, donnant de l'érythème diffus.

— kraurosis ou vulvite scléreuse atrophique.

— lupus (v. p. 236).

— esthiomène des inflammations pyogènes, sorte d'éléphantiasis secondaire, aux écoulement vaginaux.

— épithélioma (v. p. 155).

Il faut donc toujours tenter un premier traitement antiphlogistique de nettoyage, afin de se débarrasser de l'infection secondaire qui peut voiler des lésions importantes[1].

Meat urinaire.

Diagnostic du chancre, qu'il donne un méat boursouflé, rouge, béant, parfois saignant, avec l'uréthrite gonococcique, le cancer, etc.

Anus.

Diagnostic des chancres et syphilides secondaires avec les :

— intertrigo infecté, ecthyma. On peut voir chez l'adulte la dermite polymorphe papuleuse, figurée, circinée (syphiloïde post-érosive de Jaquet), qui est surtout fréquente chez l'enfant ; cette dermite est plus rose, moins cuivrée que les syphilides ; ses papules sont disséminées sur un fond d'érythème diffus, elles sont prurigineuses, et plus nombreuses sur la saillie fessière que dans le pli interfessier.

— anite blennorrhagique, dont l'aspect est plus inflammatoire, dont le pus contient des gonocoques.

— chancres mous (v. p. 147).

— prurit, fissure et excoriation de grattage, eczématisation.

— fissure anale.

— hémorroïdes ulcérées infectées.

1. La peau environnant la vulve peut être le siège de toutes les variétés de syphilides : chancre ecthymateux, syphilides secondaires, papuleuses, syphilides *impétigineuses*, etc.

— anite et périanite érythémateuse, ulcéreuse, fongueuse, secondaire aux écoulements des rétrécissements rectaux.

— fistules ano-rectales.

— tuberculoses lupiques, végétantes, ulcéreuses, etc.

— cancer (v. p. 155) etc.

Aines.

Aux lésions des aisselles il faut ajouter les :

— ulcérations chancrelleuses ;

— phtiriase du pubis infectée et parfois compliquée d'un érythème hydargyrique qu'a provoqué un traitement par l'onguent mercuriel.

— pityriasis rosé ou eczéma séborrhéique à élément isolé.

Devant une adénite inguinale, il faut discuter l'adénopathie : d'un chancre syphilitique, — d'un chancre mou, — d'une infection légère de la verge, de la marge de l'anus, de la fesse, du pied, — d'un prurit, — d'une blennorragie, — de la tuberculose, — d'une sporotrichose, — d'un cancer, — d'un prémycosis fongoïde.

Gangrènes et phagédénisme génitaux.

Diagnostic des phagédénismes syphilitiques avec les phagédénismes infectieux (v. p. 165) et avec la gangrène foudroyante du prépuce et du fourreau de la verge, due soit au streptocoque (érysipèle gangréneux), soit à des anaérobies.

Le point de départ est une piqûre, une érosion insignifiante. En quelques heures, la peau devient rouge-sombre, œdémateuse, chaude, très douloureuse. Les symptômes généraux sont alarmants : 40-41°, malaise et souvent angoisse, vomissement, diarrhée, subdélire ou prostration. Le centre du placard s'escharifie, devient brun-verdâtre,

mollasse, suintant, fétide. Pendant ce temps, la progression du placard est effrayante, envahissant tout le fourreau, les bourses, le bas-ventre. Heureusement au bout de 3, 4, 5 jours la progression s'arrête, un sillon sépare la peau saine de l'eschare qui tombe ; il reste une vaste plaie bourgeonnante qui demandera 2 à 3 mois à se cicatriser.

La mort par toxinfection généralisée est exceptionnelle.

CHAPITRE XXIII

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS

Nécessité de recourir avec méthodes bactériologiques dans tous les cas douteux, p. 432.
Ce que le praticien doit savoir de ces méthodes, p. 433.
I. — *Recherche directe du tréponème syphilitique de Schaudinn*, p. 436. Indications de la méthode, p. 436; prélèvement du matériel pour l'ultramicroscope, p. 439; pour les méthodes de coloration, p. 440. Interprétation des résultats, p. 441.
II. — *Réaction de Wassermann-Neisser-Brück*, p 442. Indications de la méthode, p. 442; prélèvement du sang, p. 445; décantage et recueil du sérum, p. 446; envoi, p. 447; *techniques que le praticien doit exiger*, p. 447. *Interprétation des résultats*, p. 448; Réaction impossible, p. 449; — réaction positive mais sujette à l'erreur, p. 449;
— RÉACTION NÉGATIVE : discussion de la réaction négative; pourcentages des réactions chez les syphilitiques aux diverses périodes de la maladie et chez les non-syphilitiques, p. 449;
— RÉACTION POSITIVE : discussion de la réaction positive; les exceptions : réactions positives chez des non-syphilitiques, p. 452.
— RÉACTION PARTIELLE, INCOMPLÈTE, DITE DOUTEUSE, p. 454.
III. — *Addendum*, p. 456 : Diagnostic histologique et bactériologique de la syphilis avec le cancer, p. 456; la tuberculose, p. 456; la morve, p. 457; la sporotrichose, p. 457.

On vient de voir chemin faisant quelles difficultés parfois insurmontables pouvait rencontrer le diagnostic de syphilis et pourtant quelle importance thérapeutique

avait un diagnostic précoce. Toutes les fois que l'on hésite on doit donc recourir aux méthodes bactériologiques[1] :

I, à la recherche directe du tréponème de Schaudinn dans les lésions par l'ultramicroscope ou par la coloration.

II, à la réaction de Wassermann-Neisser-Brück [2].

Le praticien n'a pas besoin de connaître les détails techniques de ces recherches[3], car il a rarement le temps,

1. La valeur de ces méthodes est incontestable et seuls peuvent en douter ceux qui par parti pris n'admettent aucun progrès, ceux qui croient connaître ces techniques et les exécutent mal, ceux enfin qui les font pratiquer par des inexpérimentés.

2. Les autres techniques ne sont pas encore d'usage courant : l'inoculation au singe est trop coûteuse, trop inconstante, trop longue à donner un résultat; la culture, depuis peu réalisée, est trop délicate ; les précipito-diagnostics de Porgès, de Klausner, sont sujets à trop d'erreur. Seule l'intradermo-réaction pratiquée avec la syphiline (extrait glycériné et stérilisé de foie d'hérédo syphilitique préconisé par Nicolas Favre, Gautier et Charlet), ou avec des cultures pures de spirochètes stérilisée (Noguchi) sera à la portée du médecin sans laboratoire, lorsqu'elle sera perfectionnée.

3. Le principe des *méthodes de coloration* est trop connu pour que je le rappelle ; il suffit de dire que le tréponème se teinte mal par les colorants, d'où son nom de *tréponème pâle,* d'où la difficulté de le découvrir au milieu des autres microbes et cellules plus colorées que lui, d'où l'emploi de techniques plus commodes, l'*imprégnation argentique* (on imprègne le spirochète par l'azotate d'argent, on l'expose à la lumière et on le développe comme une plaque photographique, il apparaît en noir sur fond décoloré) et surtout l'ultramicroscope.

L'*ultramicroscope* ne comporte pas un grossissement plus gros, mais un éclairage spécial latéral : les microbes éclairés latéralement apparaissent en blanc brillant sur un fond noir, de même que les grains de poussière dans un rayon de soleil tombant dans une pièce sombre. L'avantage de l'ultramicroscope est d'observer le tréponème vivant, donc mobile. Or, par sa mobi-

un laboratoire, des aides, l'habitude ; mais il doit savoir quelles sont les techniques à employer, afin qu'il puisse faire exécuter les recherches utiles à son malade ; il doit

lité, le trépomène (si difficile à voir sur les préparations colorées) devient facile à découvrir, il « saute » aux yeux.

La réaction de Wassermann-Neisser-Brück est l'application à la syphilis de la réaction de fixation de Bordet-Gengou.

Comme les devins antiques, certains laissent croire que la réaction de fixation est un mystère dont la compréhension est réservée aux seuls initiés. Si l'on veut y prêter un peu d'attention, et relire deux fois ce qui suit sans se laisser rebuter au premier abord, on verra que la réaction de fixation n'est pas plus complexe que les réactions d'immunité ou les réactions chimiques.

Pour comprendre cette réaction, il faut rappeler les phénomènes suivants :

— 1° Une infection détermine dans l'organisme humain la production de propriétés spéciales dites *anticorps* (ou sensibilisatrices, ou ambocepteur...) que l'on trouve dans le sérum et qui résistent au chauffage à 55° (thermostabile) ; ces anticorps sont spécifiques c'est-à-dire différents pour chaque infection et caractéristiques de cette infection. Puisque chaque anticorps est spécifique d'une infection, il suffit, pour faire le diagnostic de cette infection, de mettre en évidence cet anticorps. C'est dans le sérum du malade que l'on cherchera l'anticorps.

— 2° Tout sérum normal ou pathologique d'homme ou d'animal contient un corps non spécifique appelé *complément*, corps très altérable disparaissant par le vieillissement et détruit par le chauffage à 55° (thermolabile). Pour détruire le complément que contient le sérum de tout malade il suffit de le chauffer à 55° pendant trente minutes ; c'est ce qu'on appelle *inactiver* un sérum. En pratique, on se sert ou du complément que contient le sérum du malade, ou du complément de cobaye, quand, pour la commodité de l'expérience, on a détruit, par le chauffage, le complément qui existait dans le sérum humain.

— 3° On appelle *antigène*, une *culture* ou un *équivalent de culture* de l'infection soupçonnée par exemple la tuberculine pour la tuberculose, un extrait de foie hérédo-syphilitique pour la syphilis, etc.

— 4° Lorsqu'on mélange l'antigène, le complément, l'anticorps, le complément se fixe, c'est-à-dire qu'il n'en reste plus de libre dans le mélange. Au contraire quand on mélange seulement de l'antigène et du complément sans anticorps (ce qui est le cas

savoir quel est le moment où ces techniques peuvent rendre service, comment on recueille le matériel pathologique pour l'envoyer au laboratoire ; il doit pouvoir enfin interpréter et discuter les résultats fournis par le laboratoire et ne pas s'en remettre à autrui du soin de tirer une conclusion, car le clinicien qui suit le malade peut seul confronter les symptômes bactériologiques aux

lorsqu'on ajoute le sérum d'un individu non infecté par le microbe représenté par l'antigène) la fixation du complément n'a pas lieu, le complément reste donc libre. Ce sont les lois de Bordet-Gengou.

— 5° Il existe des hémolysines naturelles et des hémolysines artificielles. Les hémolysines naturelles existent dans la plupart des sérums humains pour les globules rouges du mouton, du lapin... Les hémolysines artificielles sont fabriquées en injectant au lapin des globules de mouton, ou d'homme... Le sérum du lapin ainsi préparé, dissout les globules du mouton, etc., le lapin est dit antimouton, etc. Suivant les techniques on se servira tantôt de l'hémolysine naturelle que contient le sérum du malade, tantôt de l'hémolysine fabriquée chez le lapin.

— 6° Les hémolysines naturelles ou artificielles, lorsqu'elles sont seules, sont inactives, il faut pour qu'elles dissolvent les globules rouges, l'adjonction de complément. Autrement dit : hémolysine + complément + globules rouges = hémolyse. Au contraire, hémolysine + globules rouges (sans compément) = pas d'hémolyse.

Ces faits étant connus, la réaction de fixation est facile à comprendre, elle comporte deux parties : la première où s'effectue la fixation, la seconde où un réactif coloré (un système hémolytique) met en évidence le phénomène de fixation. (Voir le *tableau* de la page 435, qui par nécessité de format n'a pu prendre place ici.)

On comprend que si la quantité d'anticorps est faible, une partie seulement du complément sera fixée; il en restera une partie libre, ce reliquat de complément déterminera une hémolyse incomplète, c'est ce qu'on appelle la réaction incomplète, partielle ou douteuse. Cette hémolyse partielle sera plus ou moins incomplète, il est facile de la mesurer en comparant la teinte du tube à une échelle colorimétrique-étalon, où le tube 0 indique l'absence totale d'hémolyse, le tube 8 l'hémolyse totale.

Technique :	Sérum de malade syphilitique	Sérum de malade non syphilitique
On mélange dans de petits tubes : *Sérum* du malade (chauffé à 55° pour le débarrasser du complément (v° § 2°) ce qui laisse intacts les anticorps éventuels (v° § 1°).	= *Anticorps.*	= Pas d'anticorps.
Complément frais (représenté par du *sérum de cobaye*, ce choix ayant été fait en raison de la fixité relative du complément de cobaye).	= Complément.	= Complément.
Antigène (représenté par du *foie hérédo-syphilitique.*)	= Antigène.	= Antigène.
On ajoute de l'eau salée physiologique pour diluer. On laisse 1 à 3 heures à l'étuve à 37°. Pendant ce temps :		
	La fixation s'est faite ici (voir § 4°). Donc il *ne reste plus de complément libre* puisque ce complément est fixé.	La fixation ne s'est pas faite, puisqu'il n'y a pas d'anticorps (voir § 4°). Donc *le complément reste libre*, puisqu'il n'est pas fixé.
La deuxième partie de la réaction va précisément mettre en évidence que le complément est fixé (libre) ou non. Cette deuxième partie est simplement un indicateur coloré comme la phtaléine par exemple pour le dosage de l'acidité.		
On ajoute : *Hémolysine* (par exemple *sérum de lapin anti-mouton* chauffé à 55° pour le débarrasser de complément). Globules rouges de mouton.	= Hémolysine. = Globules rouges. L'hémolyse ne se produit pas puisqu'il n'y a plus de complément libre, celui-ci ayant été fixé (voir § 6°). Donc, après centrifugation, le liquide du tube reste incolore et les globules inaltérés s'accumulent au fond du tube. **La réaction est dite positive.** = Syphilis.	= Hémolysine. = Globules rouges. L'hémolyse se produit puisque l'hémolysine rencontre du complément qui est resté libre, non fixé (voir § 6°). Donc le tube devient rouge et les globules se dissolvant il n'y a pas de globules déposés. **La réaction est dite négative.** = Pas syphilis.

symptômes cliniques et en déduire une conclusion précise dans des cas difficiles.

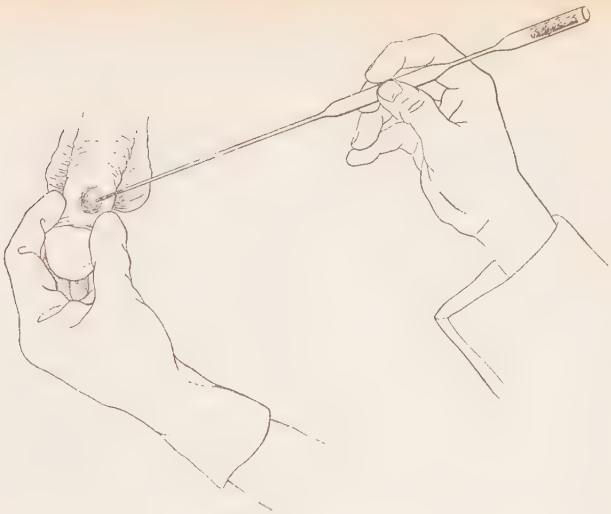
I. — RECHERCHE DIRECTE DU TRÉPONÈME SYPHILITIQUE.

Le tréponème syphilitique existe, ou a existé, dans toutes les lésions syphilitiques, mais en pratique il n'est facile à trouver que dans les lésions primaires et secondaires cutanéo-muqueuses. Dans toutes les lésions tertiaires, dans les lésions nerveuses, rénales, osseuses, le tréponème est si exceptionnel qu'on ne peut compter sur ce procédé, un résultat négatif étant la règle. Dans les parasyphilis, le tréponème n'a encore été découvert qu'à l'autopsie dans des cerveaux de paralytiques généraux (Noguchi). Le praticien ne demandera donc *la recherche des tréponèmes que pour le diagnostic des lésions* PRIMAIRES ET SECONDAIRES CUTANÉES ET MUQUEUSES.

C'est surtout *pour le* **diagnostic** *du* CHANCRE que la recherche du tréponème rend les plus grands services, *car le tréponème existe dès le début, dès que le chancre est visible et c'est pendant plusieurs semaines la seule méthode possible*, la réaction de Wassermann ne devenant positive que plus tard vers le 25e jour. **Toutes les fois que le médecin suspecte un chancre, il est donc de son devoir de recourir le plus tôt possible à cette recherche.**

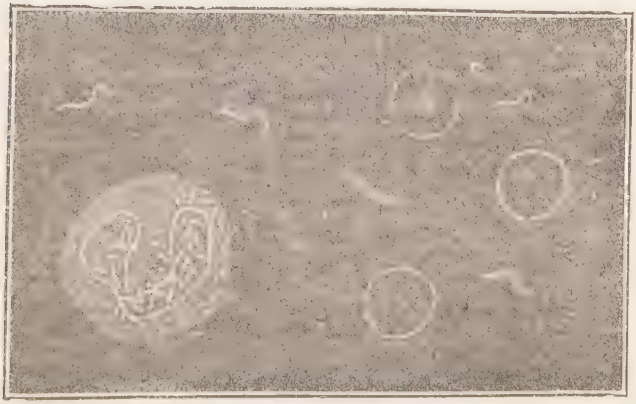
Au contraire, en *période secondaire* la recherche du tréponème se fait moins couramment, parce qu'alors la réaction de Wassermann est positive et que cette réac-

Diagnostic bactériologique de la syphilis : Prélèvement pour la recherche directe du tréponème



D'une main, le médecin tend la lésion suspecte, de l'autre, il gratte la surface de cette lésion avec l'effilure ouverte d'une pipette. Ce grattage fait sourdre de la sérosité, qui monte par capillarité dans l'effilure de la pipette.

Tréponème pâle de Schaudinn, agent spécifique de la syphilis vu à l'ultra-microscope



Sur le fond noir, les cellules et microbes apparaissent brillants : en bas et à gauche un cocyte polynucléaire, à droite, trois globules rouges. Entre ces cellules, on aperçoit six tréponèmes très fins, à ondulations très petites, serrées et nombreuses, plus ou moins mobiles : les plus mobiles semblent entourés d'une sorte de halo dû à leurs mouvements.

tion est plus sûre, car elle donne des résultats plus constants.

Prélèvement du matériel et techniques. (Planche **52**) — La recherche du tréponème se fait par deux techniques : l'ultra-microscope, la coloration.

1° *Prélèvement pour l'ultra-microscope* (Planche **52**) : l'examen à l'ultra-microscope nécessitant un matériel aussi frais que possible et encore vivant, c'est le malade lui-même qu'il faut envoyer au laboratoire. Si on ne pouvait, on essaierait un prélèvement et on ferait l'envoi aussi rapide que possible au laboratoire.

Le prélèvement se fait avec une pipette Pasteur, c'est-à-dire avec un tube de verre de 4 à 8 millimètres de diamètre étiré à la flamme à l'une de ses extrémités, fermé à l'autre extrémité par un petit tampon de coton non hydrophile.

Sur une lésion non ulcérée, tel qu'un chancre, on fait des stries quadrillées légères avec un scarificateur ou avec un vaccinostyle, de façon à faire sourdre une sérosité sans faire saigner ; on presse la base de la lésion pour augmenter la sécrétion de sérosité, puis on gratte avec l'extrémité effilée de la pipette que l'on vient d'ouvrir en la brisant, la sérosité monte par capillarité dans la pipette. Quand on a épuisé ce qui venait de cette sérosité (une longueur de liquide de 10 millimètres dans la partie effilée suffit), on aspire doucement de façon à faire monter le liquide dans la partie effilée : il faut que la goutte de sérosité soit à mi-hauteur dans la partie effilée, afin qu'on puisse, *sans la dessécher*, fermer le tube à la lampe au-dessus et au-dessous. On ferme donc à la lampe l'extrémité qui vient de puiser, puis on coupe l'autre extrémité de la partie effilée de la pipette avec une lime, en ayant soin de ne pas se blesser, et on ferme à la lampe cette autre extrémité. On enveloppe d'ouate ce petit tube, et on l'envoie par la voie la plus rapide au laboratoire.

Sur une lésion cutanée non ulcérée, telle qu'une papule, on peut recourir encore à un autre procédé, on applique un petit vésicatoire découpé à la grandeur et à la forme de la lésion, on attend que la bulle se forme, soit 2 à 6 heures; on aspire avec une pipette le liquide contenu dans la bulle, puis on aspire partie égale d'eau (ce qu'on mesure à la longueur de la colonne liquide dans le tube de la pipette), pour éviter la coagulation ; on ferme comme ci-dessus, et on expédie.

Sur une lésion ulcérée ou exulcérée, on gratte la lésion avec la pipette afin de faire sourdre et de recueillir en même temps la sérosité, on fait un premier prélèvement sans essuyer, puis on détergе avec un tampon imbibé d'eau stérile, et on fait un deuxième prelèvement dans une nouvelle pipette.

Sur un chancre mou que l'on suspecte d'être mixte, sur une ulcération bucco-pharyngée sanieuse, en un mot sur toutes les lésions purulentes, il faut faire deux prélèvements[1] : le premier en aspirant le pus qui remplit l'ulcération, le second après avoir détergé l'ulcération avec un tampon d'eau bouillie sans antiseptique, et en raclant doucement le fond ulcéreux et les bords.

Il faut expédier un matériel aussi abondant que possible, le praticien enverra donc plus d'un tube s'il le peut.

2° *Prélèvement pour les méthodes de coloration* : on prélève de la même manière le matériel, mais on l'étale aussitôt sur des « lames », sortes de petits rectangles de verre. Les lames doivent être parfaitement propres, par exemple passées à l'éther, essuyées et conservées enveloppées; on évitera de poser les doigts, forcément gras, sur elles. On éta-

1. Voici la raison : j'ai en effet montré que dans le pus le tréponème est rare, parce qu'il est détruit par les ferments protéolytiques des polynucléaires du pus; au contraire il est abondant dans la paroi.

lera avec la pipette qui a servi au prélèvement en tournant en rond, de façon à obtenir une couche très *mince* et *uniforme* de sérosité ; si le liquide est trop épais, on dilue avec une gouttelette d'eau ; puis on sèche en agitant en l'air ou très au-dessus d'une flamme. On fera 6 à 10 lames, on les empile les unes sur les autres, on met sur la dernière une lame vierge afin de protéger le frottis ; on enveloppe de papier, on emballe et on expédie. Ces lames se conservent sans s'altérer.

Le praticien demandera au bactériologiste une coloration à l'éosine bleu, par exemple au Giemsa, une deuxième au violet d'Herxheimer, une troisième à la fuchsine de Ziehl après mordancage à l'encre de Löffler, enfin une imprégnation à la largine (albuminate d'argent) ; la multiplicité de ces techniques a pour but de rendre moins nombreux les résultats négatifs.

3° *Biopsie :* Si le médecin a fait une biopsie, par exemple une exérèse de chancre douteux, il mettra le fragment dans un tube rempli d'eau, contenant 10 p. 100 de formol liquide du commerce ; il bouche bien et expédie le fragment, demandant une imprégnation argentique par la technique de Manouélian-Levaditi.

Interprétation des résultats. — Les réponses à cet examen peuvent être :

Résultat positif : tréponèmes typiques. Le diagnostic de la syphilis est certain dans notre pays ; peu importe que les germes soient nombreux ou rares, il suffit qu'on en ait vu un seul. Le seul spirochète qui soit identique pour un œil exercé est le spirochète du pian, affection exotique inconnue en France.

Résultat douteux : tréponèmes courts peu ondulés, etc. Le diagnostic reste en suspens, il faut recommencer un

autre prélèvement. C'est qu'en effet, il existe, dans les organes génitaux et surtout dans la bouche, des spirochètes ressemblant souvent au tréponème syphilitique : *spirochete dentium*, etc. ; on ne peut parfois pas les distinguer des formes non typiques de tréponèmes syphilitiques.

Résultat négatif : pas de tréponèmes. Le diagnostic n'est pas tranché pour cela, il faut recommencer si les soupçons cliniques persistent. En effet le tréponème peut être rare dans la lésion, de même que le bacille tuberculeux dans certaines tuberculoses et un résultat négatif ne prouve rien. Il ne faut surtout pas croire que la syphilis est à éliminer parce qu'on a trouvé d'autres espèces microbiennes : association fuso-spirillaire de Vincent, bacille de Ducrey, gonocoque, streptocoque et même bacille diphtérique, car une lésion syphilitique se cache souvent derrière une angine de Vincent, un chancre mou, une érosion blennorragique, une suppuration et même une angine diphtérique.

II. — SÉRO-RÉACTION DE WASSERMANN-NEISSER-BRUCK.

La réaction de W.-N.-B. ou réaction de fixation, existe chez les syphilitiques avec une fréquence variable suivant les périodes et le traitement antérieur. *Dans tous les cas douteux, le médecin doit réclamer cette recherche et à* TOUTES LES PÉRIODES, SAUF AU DÉBUT DU CHANCRE, *car elle n'apparaît que 15 à 30 jours, 25 jours en moyenne, après le début du chancre.* Elle permet le diagnostic non seulement *des syphilis cutanéo-muqueuses en* ACTIVITÉ, *mais encore des* SYPHILIS PROFONDES *et des* SYPHILIS LATENTES

PLANCHE 53

Réaction de Wassermann : Recueil du sérum

FIG. 1. — Avec le fil de platine flambé on détache le caillot de la paroi du tube en frottant le fil contre la paroi du verre.

FIG. 2. — Après quelques heures le caillot s'est rétracté; le sérum est clair, on l'aspire en ayant soin de ne pas toucher à une parcelle de caillot.

FIG. 3 et 4. — La pipette étant remplie, on ferme d'abord une des extrémités, puis l'autre en la tenant presque horizontalement dans la flamme d'une veilleuse.

et c'est dans ces derniers cas qu'elle rend les services les plus précieux, puisqu'elle est le seul symptôme qui révèle la maladie. Le médecin qui se refuserait le secours de la réaction W.-N.-B. en syphiligraphie, ne sait pas de quel mal il peut être responsable vis-à-vis de ses malades.

Prélèvement du matériel (Planche 53). — Pour faire faire la réaction de Wassermann, il faut envoyer du sérum au laboratoire, il faut donc prélever du sang, décanter le sérum et le recueillir dans des récipients stériles.

Prélèvement du sang. — Le plus sûr est de ponctionner une veine du pli du coude. On met un lien sur le bras, on aseptise à l'iode, on ponctionne la veine (v. Technique, p. 109) avec l'aiguille munie d'un petit tube de caoutchouc de 5 centimètres de long, bouilli avec l'aiguille et dont l'extrémité libre est enfoncée dans l'ouverture d'un tube à essai stérile[1]; le tout débarrassé de l'eau (qui a servi, à la stérilisation), soit en le secouant, soit en le séchant au dessus d'une flamme; car cette eau hanolyserait le sang. Dès que la veine est piquée, le sang coule dans le tube, sans perdre une goutte et sans salir; on laisse le tube se remplir sur une hauteur de 6 à 10 centimètres environ, on arrête l'écoulement, en desserrant le lien de caoutchouc; on appuie avec un tampon de coton sur l'aiguille que l'on retire, le malade plie fortement l'avant-bras sur le bras. On flambe soigneusement l'ouverture du tube à essai, et on le rebouche avec son coton. On nettoie le bras à l'eau bouillie, puis à l'alcool, et sur la piqûre on remet une goutte d'iode, sans pansement; cette piqûre est absolument inoffensive.

Chez un malade inintelligent ou peureux, chez un enfant

1. Les tubes à essai qui servent aux analyses d'urines sont utilisables (tubes de 15 × 15 ou de 18 × 18), on peut les stériliser au four de cuisine, ou immédiatement en les passant dans la flamme et en le laissant se refroidir à l'abri de contamination.

qui s'agite, on est forcé de renoncer à la ponction veineuse; on peut, ou poser des ventouses scarifiées, ou faire une piqûre cutanée.

On mettra dans le dos des ventouses scarifiées *sèches*, non mouillées d'alcool ; on en posera 1, 2, 3, 4, suivant ce qu'elles « rendent », il faut en effet avoir de 5 à 6 centimètres cubes de sang. Dès que le sang a coulé dans les ventouses, on verse le contenu des ventouses dans une seule ventouse, on ferme avec un diachylon. Les ventouses ont l'avantage de dissimuler la réaction du W.-N.-B., le médecin prétextant une congestion pulmonaire à ventouser.

La piqûre cutanée est peu pratique, on la fait large de 3 à 4 millimètres et profonde, avec un vaccinostyle, soit près de la sertissure de l'ongle (et non à la pulpe du doigt), soit au lobule de l'oreille, on recueille le sang en plaçant contre la piqûre l'ouverture d'un petit tube à essai. Pour mieux réussir, voici deux artifices : pour la piqûre du doigt, on frottera le doigt auparavant avec du xylol, on mettra la main pendante, et on pressera vers la base du doigt. Pour la piqûre de l'oreille, on frictionnera préalablement le lobule avec du xylol.

Si le laboratoire est proche, dans la même ville, ou si le sang peut y parvenir le jour même, il est inutile que le médecin se donne la peine de recueillir le sérum, il enverra les tubes de sang, sans y toucher, en recommandant au porteur de ne pas les agiter et de « ne pas mettre l'ouverture en bas ».

Si le praticien est éloigné du laboratoire, il lui faut séparer le sérum du caillot.

Décantage et recueil du sérum (Planche **53**). — Les tubes de sang ont été mis dans un endroit frais. Deux ou trois heures après la prise, on décolle le caillot en glissant un fil de platine ou un stylet flambé, le long de la paroi du verre et on fait le tour de la face intérieure du tube pour détacher le caillot de la paroi. On referme les tubes aseptiquement et on

attend encore. Quelques heures plus tard, ou le lendemain, on incline doucement les tubes et avec une pipette stérile on va, sans toucher au caillot et à toute partie rouge, aspirer le sérum qui surnage, il ne faut pas pomper de strie sanglante. Le sérum est laissé dans la pipette que l'on ferme avec précaution à la flamme aux deux extrémités ; ou bien on refoule le sérum dans un tube, dans un flacon stérile, que l'on ferme avec un bouchon de caoutchouc. Il faut 2 à 3 centimètres de sérum.

Le récipient quel qu'il soit, est enveloppé d'ouate et emballé dans une petite boîte de bois remplie d'un mélange de sciure de bois et de glace pilée. Le sérum doit être expédié le plus vite possible, car plus le sérum est frais, plus la réaction est nette dans les cas douteux.

Si le sérum ne doit arriver au laboratoire qu'au bout de 5 à 8 jours, il est recommandé d' « inactiver le sérum » c'est-à-dire de chauffer pendant 30 minutes le récipient dans un bain-marie rempli d'eau à 55° ; cette inactivation est une demi-stérilisation.

Sur le tube d'envoi le médecin mettra un numéro d'ordre, la date de prise de sang et spécifiera si le sérum à été chauffé ou non.

Techniques à exiger. — *Le médecin doit avoir toute confiance dans le bactériologiste auquel il confie cette recherche*[1]. Il demandera que la *recherche soit faite* sui-

1. Que de fois nous avons eu à redresser des erreurs de réactions mal faites par de mauvaises techniques ou par des opérateurs inexpérimentés qui croient savoir.

En effet un point qu'il faut mettre en évidence aujourd'hui que la réaction tend de plus en plus, et à juste titre, à se vulgariser, c'est, disions-nous, « sa difficulté technique, la fréquence des causes d'erreurs. Cette réaction réclame une technique longue et délicate nécessitant une grande habitude : elle doit à chaque fois porter sur de nombreux sérums, elle doit être précédée de dosages minutieux et toujours être contrôlée par plusieurs

VANT LA TECHNIQUE ANCIENNE *de Wasserman-Neisser-Brück ou celle de Noguchi, ou à défaut par la technique de Bauer-Foix ou de Stern ; il rejettera comme sujettes à l'erreur les techniques de Hecht et ses succédanés.* Il exigera que *le complément soit préalablement dosé* et que *la réaction soit faite avec l'antigène de foie et de cholestérine préparé suivant la technique de Desmoulières*, car c'est le plus sensible connu. *Il réclamera dans les réactions incomplètes le numéro de l'échelle colorimétrique de Jeanselme et Vernes ou de Desmoulière* (v. ci-dessous).

Interprétation de la réponse du laboratoire. — Le bactériologiste répond :

témoins : sérum de syphilitiques avérés, sérum de non-syphilitiques. *La valeur des résultats dépend de la technique choisie et de l'opérateur qui l'applique* ; elle ne doit certes pas être le monopole de quelques techniciens de grands laboratoires, mais il ne faut pas croire non plus qu'on peut en huit jours s'improviser bon opérateur : *il faut se méfier des techniques trop rapides et trop simplifiées*, on en arriverait à discréditer la méthode. Les indications que donne cette réaction ont une telle importance que l'on ne doit pas admettre d'à peu près ; aussi les auteurs allemands réclament avec raison que la réaction soit pratiquée dans des laboratoires spéciaux rompus à cette recherche. » Déjà dans plusieurs centres, notamment à Breslau, ont été fondés des « instituts », et les auteurs allemands à la suite de C. Brück réclament avec raison pour que la réaction soit entourée de toutes les garanties :

1° « L'épreuve simultanée d'une vingtaine de sérums ;

2° « L'épreuve sur les sérums inactives (technique ancienne de W.-N.-B.) ;

3° « L'épreuve sur les sérums actifs (technique nouvelle de Stern) ;

4° « L'épreuve avec plusieurs antigènes ;

5° « L'épreuve éventuelle suivant la technique de Wechselmann (ou d'autres techniques) ;

6° « Un nouvel essai éventuel avec le même sérum. »

Sans compter les essais préliminaires : titrage du complément et de l'ambocepteur, ce travail demande chaque jours quatre à cinq heures à un opérateur exercé. On ne peut donc demander ni attendre du médecin praticien une telle occupation.

Réaction impossible. — C'est là un cas exceptionnel. On n'a pu faire la réaction, soit parce que le sérum était fortement hémolytique, soit parce qu'il était antihémolytique, soit parce qu'il était hémolysé ou putrifié.

Réaction positive mais sujette a l'erreur : *Sérum cholémique, sérum lactescent.* Le résultat positif de la réaction peut être discuté et n'indique pas forcément la syphilis, parce que des sérums cholémiques ou lactescents de *non*-syphilitiques peuvent parfois donner une réaction positive. Il va sans dire que si, avec ces sérums, la réaction était négative, la réaction serait valable.

Réaction négative. — Une réaction de W.-N.-B. négative ne rejette pas forcément le diagnostic de syphilis. Un résultat négatif demande a être interprété : *ou le malade n'est* pas syphilitique ; *ou il est syphilitique, mais il est en période de* syphilis latente, soit par *ancienneté de l'infection*, soit à la suite d'un *traitement puissant*, soit enfin lorsque le *chancre est au début.*

Il faut donc, pour conclure, savoir quels sont les pourcentages des résultats positifs et négatifs aux diverses périodes de la syphilis et après traitement.

— **A la période primaire,** les pourcentages de réaction de W.-N.-B. positives oscillent entre 30 p. 100 et 100 p. 100 suivant les auteurs ; c'est qu'en effet la réaction ne devient positive que vers le 15e, souvent plus tard vers le 20e, 25e jour d'un chancre syphilitique, vers le 40e à 60e jour d'un chancre mixte[1]. Avant cette date, une réaction négative n'a aucune valeur, il faut la refaire, passé le délai voulu. Au delà du 25e jour du début du chancre, la réaction bien faite est posi-

1. En effet, pour le chancre mixte, il faut ajouter 20 à 30 jours d'incubation (v. p. 148).

tive dans 100 p. 100 des cas, si le chancre n'a pas été traité. Au contraire si le chancre a été soumis à un traitement précoce et puissant, le Wassermann peut ne pas apparaître ou ne survenir que tardivement : Wassermann tardifs ou retardés jusqu'au 7e, 9e mois, etc.

— « En **période secondaire**, disions-nous dans une revue d'ensemble, les pourcentages des réactions positives oscillent entre 71 et 100 p. 100, en moyenne 90 à 94 p. 100 chez les sujets non traités. Dans la plupart des statistiques, quelques malades présentent des réactions négatives malgré une syphilis évidente. Ces exceptions sont dues les unes à la malignité de la syphilis, l'organisme sidéré étant incapable de réagir par la production d'anticorps ; d'autres restent inexpliqués, mais il faut se souvenir que des cas négatifs comparables ont été notés dans les réactions sériques les plus constantes telles que la séro-agglutination typhique de Widal. Ces cas négatifs d'ailleurs diminueraient de fréquence, d'après Brück, si le sérum était examiné à plusieurs reprises avec des antigènes différents et des techniques différentes, car Brück n'a pas encore observé de cas semblables depuis qu'il suit parallèlement les deux techniques de W.-N.-B. et de Stern : il n'a pas vu un seul cas de syphilis secondaire qui n'ait la réaction positive même à seul examen. On comprend toute l'importance de cette modification de technique puisqu'elle donnerait 100 p. 100 de résultats positifs. La réaction *ainsi faite simultanément par les deux techniques de W.-N.-B. et de Stern devient un signe de certitude.* Mais cette perfection technique étant rarement réalisée [1], il faut retenir les cas de réaction négative, si exceptionnels soient-ils, que peuvent donner en période secondaire les techniques courantes, afin qu'une réaction négative ne suffise pas éliminer le diagnostic de syphilis quand la clinique à toutes les raisons de le maintenir.

1. Les nouveaux antigènes de Desmoulières réalisent cette perfection avec la technique ancienne de W.-N.-B. et donnent 100 p. 100.

— « En **période tertiaire** les pourcentages de réactions positives oscillent entre 32,7 p. 100 et 100 p. 100, la moyenne des cas de Brück et ses collaborateurs est de 73,9 p. 100 d'après 224 cas. De telles variations s'expliquent par la diversité de nature des accidents tertiaires, par le nombre des lésions (Bering), par l'âge de la syphilis, etc. En effet, le pourcentage de ces cas négatifs semble augmenter avec l'âge de la syphilis.

« Pourtant il est des cas de syphilis certaine où la réaction bien faite et renouvelée jusqu'à trois fois a été négative : ulcération du nez et périostite (Blaschko), syphilide tuberculeuse serpigineuse du nez (Brück) et cependant les antécédents, une guérison rapide par le traitement spécifique affirmaient la nature syphilitique de ces lésions. »

— Dans la **syphilis héréditaire**, bien que le petit nombre des statistiques publiées empêche de tirer des conclusions fermes, la réaction de W.-N.-B. paraît être le plus souvent positive.

Elle serait constante dans tous les cas où existent des lésions (Thomsen et Boas).

La réaction peut manquer à la naissance et apparaître quelques mois plus tard.

Elle peut être positive alors que l'enfant reste indemne d'accidents syphilitiques (Ledermann). Linser, sur une série d'enfants hérédo-syphilitiques, trouve que les deux tiers ont une réaction de Wassermann positive ; il fait remarquer qu'un tiers seulement présentait des lésions, l'autre tiers semblait indemne. Brück demande donc que les enfants syphilitiques, même lorsqu'ils naissent sains et ne présentent pas de lésions subissent la réaction de W.-N.-B., et il recommande de les traiter préventivement si la réaction est positive. La réaction positive chez l'hérédo-syphilitique peut persister pendant de longues années, vingt-cinq ans et plus.

— En période de **syphilis latente**, les pourcentages des

réactions positives oscillent entre 13 et 83 : les cas négatifs s'expliquent très simplement par le « sommeil » de l'infection syphilitique qui est devenue latente spontanément ou à la suite du traitement.

Une dernière série de faits doit être retenue, ce sont les résultats concordants de très nombreuses statistiques qui prouvent que, sauf quelques exceptions connues (v. ci-dessous, p. 449), LA RÉACTION DE W.-N.-B. EST NÉGATIVE CHEZ LES NON-SYPHILITIQUES. « Il m'est impossible, disais-je, d'énumérer les statistiques des auteurs français et étrangers; qu'il suffise de dire que sur un total de plus de 16 458 sérums dont 6 957 ne paraissent pas appartenir à des sujets syphilitiques, 21 sérums seuls ont donné une réaction de fixation positive. La réaction était-elle vraiment en défaut ? Ces 21 malades étaient peut-être des hérédo-syphilitiques dont l'infection était restée latente, ou d'anciens syphilitiques dont l'infection était méconnue : on connaît en effet la fréquence des syphilis latentes et ignorées dans les services de médecine générale (Landouzy) et l'on se souvient que dans les syphilis tertiaires évidentes, la notion de syphilis est inconnue du malade dans les proportions de 10 p. 100 (Fournier), 30 p. 100 (Lassar), 20 p. 100 (Weber-Jadasshon), 6 à 37 p. 100 (Neisser et ses élèves), etc. Il faut rappeler entre autres les autopsies de Lesser, Pick et Proskauer qui trouvent des lésions internes manifestes, alors que pendant la vie rien ne décelait la syphilis, sauf la réaction de W.-N.-B. positive : sans l'autopsie on aurait pu croire que la réaction était en faute. A supposer même qu'il s'agisse réellement dans ces 21 cas, d'individus non-syphilitiques, le pourcentage de l'erreur, 0,45 p. 100 environ resterait minime.»

RÉACTION POSITIVE. — Le malade est syphilitique *sauf les exceptions* suivantes, aujourd'hui assez précises pour ne pas diminuer la valeur diagnostique de la réaction.

1° Dans nombre d'*infections aiguës*, on a pu observer avec plus ou moins de fréquence des réactions positives : pneumonie, scarlatine, fièvre récurrente, lupus érythémateux aigu, etc., on en a cité au cours du traitement de la rage, après la narcose. Dans tous ces cas, la réaction positive est transitoire et s'il subsistait le moindre doute, il suffirait, après la convalescence, de renouveler l'épreuve sérologique.

2° Dans nombre d'*états cachectiques*, dans la *tuberculose* et le *cancer* surtout, dans les *états agoniques*, les sérums souvent donnent une réaction de W.-N.-B positive. Ce fait est à retenir, car il pourrait donner lieu à des erreurs : par exemple une méningite tuberculeuse, malgré que le malade n'est pas syphilitique, peut présenter une réaction positive ; on pourrait donc croire syphilitique, c'est-à-dire curable, une méningite tuberculeuse, dont on sait le pronostic fatal.

3° Dans le *pian*, Brück, Hoffmann et Blumenthal, Bœrmann et Wetter ont noté la fréquence des réactions positives. On ne peut donc par la réaction de fixation espérer faire le diagnostic souvent difficile de la syphilis et du pian.

4° Dans la *malaria*, alors que Bohm, Schoo, Jaworski et Lapinsky Barmann et Wetter trouvent des réactions positives dans les proportions de 35,5 p. 100 à 19 p. 100, de Blasi et Tschniknawaroff n'ont observé aucune réaction positive. Il faudra toutefois dans un diagnostic de lésion viscérale se souvenir de la possibilité de cette erreur.

5° Dans les *trypanosomiases*, la réaction de W.-N.-B. peut être positive (Gaucher, Paris et Sabareanu), il faudra donc se méfier de cette exception dans certains diagnostics, d'affections cérébro-méningées et cutanées.

6° Dans la *lèpre*, Eitner, Wechselmann et Meier, etc., ont signalé que très fréquemment la réaction de W.-N.-B. était positive.

7° Dans le psoriasis, dans la sclérodermie, la pellagre, la maladie de Hodgkin, on a cité des réactions positives, mais

inconstantes et souvent dues à des erreurs de techniques (Brück).

« En somme en dehors du pian et de la lèpre, aucune des maladies que l'on peut confondre avec la syphilis ne détermine, disions-nous, la fixation du complément avec le foie hérédo-syphilitique, à la condition de compter comme négatives les fixations légères. *On peut donc conclure qu'en dehors des maladies aiguës, des états de cachexies profondes, de maladies chroniques assez exceptionnelles! (pian, lèpre), une réaction de Wassermann positive indique le diagnostic de syphilis.* »

Réaction partielle incomplète dite « douteuse ». — Ces cas sont les plus difficiles à interpréter et c'est pour eux que la conclusion du clinicien qui suit le malade a plus de valeur que celle du bactériologiste.

Ces réactions incomplètes sont dues : — tantôt à la faible quantité d'anticorps syphilitique que contenait le sérum, soit par *ancienneté de l'infection*, soit par *action du traitement* ; — tantôt à des anticorps voisins qui fixent incomplètement (voir lèpre, etc., p. 453); — tantôt à une technique imparfaite ou à la mauvaise qualité des produits employés, surtout à l'imperfection de l'antigène.

Une méthode impeccable, telle que celle de Brück comprenant l'essai sur plusieurs sérums témoins, l'emploi parallèle de plusieurs techniques, réduira considérablement le nombre des cas douteux. La mesure de la réaction incomplète au moyen de l'échelle colorimétrique précisera le degré de ces réactions incomplètes et permettra au clinicien de suivre l'évolution de l'intensité de la réaction, ce qui est capital en thérapeutique.

Au point de vue diagnostique, *le clinicien pèsera les facteurs de réaction incomplète* : affaiblissement spontané

de l'infection, ancienneté de la maladie, influence du traitement. Chez un malade non traité, on estime que la réaction incomplète répondant à l'hémolyse partielle numéro 5 de l'échelle colorimétrique de Desmoulières (et à plus forte raison les numéros 2, 3, 4) indique une réaction valable partiellement positive et doit faire soupçonner la syphilis chez le malade. La réaction numéro 6 est « douteuse ». La réaction numéro 7 est « presque négative ».

En pratique, *si le moindre doute persiste, il faut reprendre du sérum quelques jours plus tard et faire refaire une nouvelle réaction.*

En résumé, sauf au début du chancre où la recherche directe du tréponème est la seule méthode possible, la réaction de W.-N.-B. est supérieure par la fréquence de ses résultats positifs.

On ne saurait trop souligner l'importance des services rendus par ces recherches bactériologiques, elles permettent de poser un diagnostic certain là où la clinique autrefois hésitait et attendait l'apparition de nouvelles lésions ou les résultats d'un traitement d'épreuve. La réaction de W.-N.-B. ne sert pas qu'au diagnostic, elle permet encore de régler le traitement des syphilis devenues latentes, de prévenir les récidives, d'éviter des traitements inutiles. Elle constitue, on le voit, un des plus grands progrès apportés à la clinique par la bactériologie.

***

III. ADDENDUM.

Diagnostic bactériologique de la syphilis et des autres infections : *Cancer*, *tuberculose*, *morve*, *sporotrichose*.

Dans des cas difficiles, il ne suffit pas de rechercher les preuves positives de la syphilis, il est indispensable de recourir aux techniques qui permettront ou non d'éliminer le diagnostic d'infections voisines. Mais nous répétons à dessein que la constatation du bacille du chancre mou, des streptocoques, staphylocoques et autres germes pyogènes de l'association fuso-spirillaire, et même du bacille diphtérique ne suffit pas pour éliminer l'hypothèse de syphilis, car souvent les lésions syphilitiques sont mixtes et les microbes constatés pourraient n'être que les témoins d'infections secondaires.

Diagnostic de la syphilis et du cancer. — La réaction de W.-N.-B. positive ne signifie rien, la syphilis étant fréquente chez les cancéreux. Si le traitement d'épreuve, que l'on doit faire avant toute chose, laisse encore un doute, il faut pratiquer une biopsie, c'est-à-dire enlever un fragment petit mais comprenant les couches profondes. Ce fragment *non lavé* est mis dans un flacon contenant le fixateur suivant : eau, 1000 gr. ; sel marin, 8 gr. ; formol liquide du commerce, 60 cm^3, et envoyé au laboratoire à fin d'examen histologique.

Diagnostic de tuberculose et de syphilis. — On demandera la recherche des bacilles : un résultat négatif ne suffit d'ailleurs pas à éliminer la tuberculose, car l'absence des bacilles peut n'être qu'apparente. Il faut alors réclamer une

inoculation sous-cutanée au cobaye de fragments de lésions ou de pus. Le médecin pourra faire une réaction tuberculinique (cuti-réaction, intradermo-réaction), mais en se souvenant que chez l'adulte une réaction positive signifie simplement que le sujet est porteur de tuberculose, mais non que la lésion étudiée est tuberculeuse. L'examen histologique est peu utile, car les lésions syphilitiques et tuberculeuses, sont souvent impossibles à distinguer et au contraire la biopsie a pu être la source d'erreurs de diagnostic : la structure tuberculoïde de certaines syphilis lupiformes ayant fait croire à des lupus tuberculeux (Nicolas et Favre) ; or, on conçoit les funestes conséquences de telles erreurs pour le traitement.

Diagnostic de la syphilis et de la morve. — On demandera la recherche du bacille de Nocard, la culture sur pomme de terre glycérinée, l'inoculation péritonéale au cobaye mâle (épreuve de Straus). Si le médecin suspecte un cas de morve, il devra redoubler de précautions dans la prise du matériel et dans le traitement, car la morve est facilement contagieuse et de pronostic fatal.

Diagnostic de syphilis et de sporotrichose. — A ces diagnostics classiques, nos travaux de 1906-1912, en collaboration avec M. de Beurmann, ajoutent un diagnostic extrêmement important, celui des mycoses en général et des sporotrichoses en particulier. Un diagnostic exact de sporotrichose comportant des conséquences pronostiques et thérapeutiques heureuses pour le malade, un diagnostic erroné le laissant au contraire sous la menace d'accidents lointains incalculables, le praticien pouvant faire facilement ce diagnostic bactériologique, il me paraît utile de rappeler en quelques mots l'importance et la facilité de ce diagnostic.

« La sporotrichose, souvent appelée maladie de De Beur-

mann et Gougerot, est une infection due au *Sporotrichum Beurmanni*. Ses formes cliniques et ses localisations sont multiples : cutanées, muqueuses, osseuses, articulaires, synoviales, etc. *Le praticien doit penser systématiquement à ce diagnostic devant toute affection nodulaire qui n'éveillait autrefois dans son esprit que l'idée de tuberculose, de syphilis, de suppurations chroniques.* Cette maladie nouvelle intéresse non seulement le médecin et le dermatologiste, mais encore le chirurgien, l'ophtalmologiste, l'otorhinolaryngologiste[1].

« Cette maladie, dit le professeur Landouzy, était, avant les travaux de De Beurmann et Gougerot, confondue soit avec la tuberculose, soit avec la syphilis : le malade supportait toutes les funestes conséquences d'un diagnostic erroné, d'un pronostic faussé, d'un traitement inopportunément ordonnancé.

« Pris pour un tuberculeux, on condamnait le sporotrichosique au repos prolongé et trop souvent à la suralimentation; on essayait, mais sans grande conviction, des topiques locaux, et voyant les plus énergiques échouer, on s'en remettait à la *Natura medicatrix* pour guérir le malade; la maladie s'aggravait lentement... Si par hasard, le patient guérissait à la suite de médications dont les iodotanniques avaient fait les frais, ou gardait toute espèce de réserves pour son avenir, on avait toutes difficultés à ne pas le voir promis à d'autres manifestations bacillaires.

« Pris pour un syphilitique, traité par le mercure, le sporotrichosique voyait sa maladie se prolonger et s'aggraver; heureux si, revenant à la vieille pratique d'associer l'iodure au mercure, le médecin voyait les gommes guérir; mais le patient restait justiciable de toutes réserves pronos-

1. Pour l'étude complète de cette mycose se reporter à notre *Traité* : de Beurmann et Gougerot, *Sporotrichoses* (F. Alcan et R. Lisbonne, édit., Paris 1912), ou à notre aide-mémoire, « Les nouvelles mycoses », Collection Leauté.

tiques, puisque la syphilis, qui semblait l'avoir atteint dans le passé, le menaçait dans l'avenir.

« Or, savoir dépister ou reconnaître, sous l'un quelconque de ses aspects, la sporotrichose, c'est la guérir, puisque l'on possède un traitement quasi-spécifique, le traitement iodo-ioduré; c'est rassurer le malade sur son avenir, puisque sauf exceptions, la sporotrichose est une infection bénigne.

« On voit de suite quels services nous ont rendus MM. de De Beurmann et Gougerot, en individualisant cette mycose, en nous apprenant à la reconnaître et à la traiter[1]. »

On serait d'autant plus inexcusable de négliger le diag-

1. Quelques exemples, pris entre beaucoup, montreront quels peuvent « être les bienfaits du diagnostic de sporotrichose ».

La malade de Ravaut et Civatte, prise pour une tuberculeuse, était confinée au lit depuis sept mois: son affection s'aggravait; le diagnostic est réformé et en un mois elle guérit.

Le malade de Moure, qui traînait depuis trois ans d'hôpital en hôpital, avait subi quatre opérations, et son ostéite sporotrichosique continuait d'évoluer : de guerre lasse, on lui proposait l'amputation! Dès que le diagnostic de sporotrichose fut posé, le malade mis à l'iodure guérissait en six semaines sans opération.

Un des malades de Du Cazal avait été considéré « comme un moribond, couvert d'ulcères tuberculeux et au lit duquel on ne s'arrêtait même plus. Étonné le lendemain de ne rien trouver dans ses poumons, je pensai à la sporotrichose et j'essayai l'iodure. Six semaines après il sortait guéri », etc.

D'autres exemples montreront de quels désastres irréparables peut être cause la méconnaissance de la sporotrichose.

Duque a cité trois malades qui subirent, les deux premiers, une double amputation de cuisse, le troisième une amputation de l'avant-bras! Malgré ces mutilations la maladie progressait; au contraire, dès que le diagnostic exact fut posé et que l'iodure fut administré, les malades guérirent complètement et rapidement.

Le pronostic de la sporotrichose dépend donc de la « science » du médecin.

nostic de sporotrichose, qu'il n'en est pas de plus simple ni de plus rapide [1].

« La simplicité et la rapidité de la technique de De Beurmann et Gougerot, culture à froid sur gélose glycosée peptonée, dit le professeur Landouzy, est telle que l'on peut exiger de tout étudiant et de tout praticien qu'il sache la faire : un laboratoire n'est pas indispensable, puisqu'il ne faut ni étuve, ni microscope. L'ensemencement est fait au lit du malade, les tubes sont laissés à la température de la salle. Il n'est pas besoin de connaître les techniques bactériologiques, car l'aspect macroscopique des cultures est pathognomonique; il suffit de regarder les tubes, et la seule notion à posséder est celle de l'aspect des cultures de *Sporotrichum*; l'ensemble de l'épreuve ne demande le premier jour que le temps nécessité par la prise du pus, c'est-à-dire trois ou quatre minutes, et, les jours suivants, un simple regard jeté sur les tubes; on a donc pu dire avec raison que cette recherche était aussi simple et aussi rapide que la recherche qualitative de l'albumine et du sucre effectuée dans les salles de malades.

« Si le médecin possède un microscope avec objectif sec (point n'est besoin d'un coûteux objectif à immersion) il hâtera son diagnostic en pratiquant la technique si simple de Gougerot, l'artifice de la coulée du pus sur la paroi sèche du tube; il pourra souvent faire ainsi un diagnostic rapide dès le deuxième et le troisième jour.

« Enfin si le praticien a un rudiment de laboratoire, où il fait le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde; s'il a les cultures voulues de *Sporotrichum*, il fera la sporoagglutination de Widal et Abrami aussi simple que le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde et qui lui donnera une réponse immédiate. » (Landouzy, *Presse médicale*, 6 novembre 1909, p. 788 et 789.)

1. La recherche directe des parasites dans le pus par examen des frottis n'est pas pratique.

L'intradermo-réaction peut indiquer un diagnostic de sporotrichose, mais non l'affirmer, puisque d'autres mycoses donnent les mêmes réactions. (De Beurmann, Ravaut, Gougerot et Verdun.)

Diagnostic de la sporotrichose par la culture[1] **(De Beurmann et Gougerot, 1906).** — La culture est le procédé le plus sûr et le plus rapide[2].

Elle demande pour tout matériel : — un tampon de coton et de la teinture d'iode pour antiseptiser la peau; — une pipette stérile pour aspirer le pus des lésions ulcérées, ou une seringue de Pravaz munie d'une grosse aiguille pour ponctionner les gommes fermées; — des tubes de gélose glycosée peptonée de Sabouraud pour ensemencer le pus[3]; — une lampe à alcool pour l'ensemencement.

Il n'y a pas besoin de laboratoire, puisqu'il ne faut ni étuve ni microscope.

La technique est des plus simples.

1° Les prises sont faites aseptiquement :

1. M. Billon (Poulenc) envoie le matériel nécessaire avec notice explicative et figures pour chacune des méthodes.

2. La méthode s'applique à d'autres mycoses : à la plupart des exascoses (ex-blastomycoses-saccharomycoses de Busse-Buschke, etc., zymonematoses de Gilchrist ou blastomycoses américaines, endomycoses ou muguet), oïdiomycoses de Babès, de De Beurmann, Gougerot et Vaucher ; Hemisporose de Gougerot et Caraven; botrytimycose d'Auché et Le Dantec ; aspergilloses et mucormycoses, etc. Si le praticien trouve d'autres germes que le *Sporotrichum,* il enverra les tubes de cultures, des frottis de pus, et si possible des fragments de tissus dans un laboratoire habitué aux recherches mycologiques, car les autres champignons ne sont pas le plus souvent identifiables à l'œil nu et demandent une expérience spéciale.

3. Les nécessaires de culture de Billon contiennent trois ou plusieurs tubes de gélose glycosée peptonée, des pipettes et une lime pour ouvrir les tubes. Cette gélose est faite suivant les indications et la formule de Sabouraud : Eau, 1 000 gr.; peptone, 10 gr.; glycose *brute massée,* 40 gr.; gélose, 18 gr.

Après badigeonnage à la teinture d'iode, les lésions fermées sont ponctionnées avec la seringue de Pravaz munie d'une grosse aiguille et ne contenant pas traces d'antiseptiques.

Sans lavage ni antisepsie préalables, le pus des lésions ulcérées est aspiré avec une pipette stérile que l'on ouvre en cassant la pointe et dont on a flambé l'effilure par passage dans la flamme de la lampe à alcool; l'ulcération étant vidée puis lavée à l'eau bouillie, il est utile, après malaxation de la lésion, de faire une nouvelle prise de la sérosité qui sourd; cette seconde prise sera ensemencée sur un tube distinct.

2° Les tubes préparés, prêts à être ensemencés, devront être maintenus verticaux ou obliques, l'ouverture toujours dirigée en haut.

3° Le pus ou séropus recueilli sera coulé *à la surface de trois* tubes de gélose glycosée peptonée. On prendra les précautions d'usage à l'ouverture et à la fermeture des tubes de culture, c'est-à-dire on flambera à la lampe à alcool le haut du tube chaque fois que l'on enlèvera et que l'on remettra le tampon de coton [1].

La seringue ou la pipette sont tenues entre les 1er, 2e et 3e doigts de la main gauche horizontalement (ou même un peu inclinées, le bouchon penchant vers le sol) de façon que le liquide séropurulent, d'une part, ne s'écoule pas par l'ouverture de la pipette et d'autre part ne vienne pas mouiller le coton. La main droite prend le tube de culture par son fond; l'opérateur saisit l'extrémité du coton C entre les 4me et 5me doigts de la main gauche et ouvre le tube en le tournant et en l'entraînant vers le bas, la main gauche restant fixe. La main droite flambe l'ouverture du tube *T* dans la flamme de la lampe à alcool en le

1. La gélose des tubes doit être encore humide, une gélose cassée et même en bouillie est bonne pour l'ensemencement.

faisant tourner sur lui-même pour que tout le pourtour de l'orifice du tube soit flambé. — Puis, l'opérateur plonge la pipette jusqu'au fond du tube de culture met la pipette à la bouche et en soufflant refoule le pus en même temps qu'il élève lentement la pipette, de façon à laisser couler sur la surface inclinée de la gélose la totalité du pus contenu dans la pipette (pendant ce temps le coton toujours maintenu entre les 4e et 5e doigts ne doit toucher aucun objet). La coulée de pus terminée, on reflambe l'ouverture du tube dans la flamme de la lampe à alcool et on rebouche aussitôt le tube en enfonçant et en tournant le coton.

L'ensemencement doit être large : on étalera un demi-centimètre cube de pus au moins, un centimètre cube si l'on peut, sur chaque tube.

On ensemencera trois tubes de la même façon.

4° Les tubes ensemencés seront toujours placés debout, de telle sorte que le pus ne vienne pas mouiller le coton qui ferme l'ouverture du tube.

Il ne faut pas remettre le capuchon de caoutchouc.

Les tubes, *non capuchonnés*, sont laissés *à la température d'une chambre*, chauffée autant que possible, et à l'abri de vapeurs antiseptiques, formol ou autres. L'étuve est nuisible et ne doit pas être employée.

5° Du 4e au 12e jour, suivant la température de la chambre, les colonies de *Sporotrichum* se développent, d'abord blanches, puis café au lait, brunâtres, enfin brun-chocolat, tout à fait caractéristiques par leur teinte, par leur plissement analogue au relief des montagnes ou aux circonvolutions cérébrales, par l'aureole qui les entoure. (Voir les figures.)

L'aspect macroscopique de la culture est à lui seul pathognomonique sur ce milieu glycosé peptoné et il affirme le diagnostic de sporotrichose sans qu'il soit besoin de faire la moindre préparation microscopique. Il suffit d'avoir vu

une fois une culture de *Sporotrichum Beurmanni* pour la reconnaître aussitôt. Il n'est point besoin de connaissances bactériologiques spéciales.

En un mot, le temps de faire la ponction et une minute pour ensemencer les tubes, le premier jour, un simple regard jeté sur les tubes les jours suivants suffisent; il n'est donc pas de technique plus rapide et plus simple à la portée du praticien le plus isolé.

Artifice de la coulée de pus sur le verre sec de Gougerot. — Pour hâter le diagnostic de sporotrichose par la culture, on pourra user de l'artifice de la coulée de pus sur le verre sec. En effet, dans beaucoup de cas on peut ne pas attendre l'apparition à l'œil nu des colonies pour faire le diagnostic : les colonies, avant d'être visibles à l'œil nu, le sont au microscope. L'artifice de la coulée de pus sur le verre sec donne précisément un moyen pratique de pouvoir examiner sans aucune préparation ces colonies naissantes.

Le matériel nécessaire comprend : — celui de la culture (voir ci-dessus); — un microscope muni d'un objectif 4 et d'un oculaire 6, pour examiner la paroi du tube; — deux boulettes de mastic, pour maintenir le tube sur la platine du microscope.

Il suffit le jour de l'ensemencement de laisser couler une grosse goutte de pus dans chacune des rainures que forment la surface plane de la gélose et la face concave du verre, et sur le verre en face de la gélose : en tout trois traînées.

Dès la fin du deuxième jour, sans faire aucune préparation, on examine au microscope les colonies naissantes dans ces trois traînées de pus, à travers la paroi du tube.

« Les *Sporotrichum* oblongs gonflent et germent; sur la paroi du tube ils émettent des prolongements filamenteux hyalins; dès la 48e heure, il s'est formé une étoile parasitaire plus ou moins ramifiée et corolliforme. Si l'on peut découvrir ces formes filamenteuses qui ne tardent pas à

sporuler, le diagnostic est assuré. Or, rien n'est plus facile que de les découvrir.

« Le tube de culture est porté sur la platine du microscope préalablement inclinée à 45° environ. Cette inclinaison a pour but de laisser le tube oblique, afin que l'eau de condensation de la gélose reste au fond du tube et ne mouille pas les cultures. Avec un objectif 4 ou B de Zeiss et un oculaire 6 ou 8, on examine, à travers la paroi du tube, les traînées de pus coulées sur le verre sec; le tube est maintenu sur la platine par des boulettes de cire molle ou de mastic que l'on cale à droite et à gauche du tube (B. B.). La traînée étant repérée, on n'a plus qu'à suivre cette traînée en mobilisant la platine par ses vis latérales. Au milieu des amas leucocytaires du pus, on découvre une étoile parasitaire; ou bien sur le bord d'un amas purulent, on voit surgir 1, 2 ou 3 filaments rectilignes.

« Il n'est donc pas de technique plus simple; le tube est laissé tel quel, il n'y a pas de préparation à faire, pas de coloration, et le résultat est meilleur que si l'on faisait une préparation, puisqu'un prélèvement, un étalage sur lame traumatiseraient ces colonies minuscules et détruiraient leur topographie caractéristique; la recherche ne demande que 3 à 4 minutes. »

Séro-diagnostic de Widal et Abrami. — Si la culture échoue, si l'ensemencement est impossible, il faut recourir au sérodiagnostic de Widal et Abrami. Pour ce, le médecin enverra au laboratoire le sérum prélevé de la même façon que pour la réaction du Wassermann.

L'intradermoréaction de De Beurmann et Gougerot, peut servir à débrouiller un cas difficile: un résultat négatif permet d'éliminer la mycose, mais les résultats d'une réaction positive demandent à être discutés[1].

1. M. Billon fournit la sporotrichosine préparée et titrée suivant nos indications avec la notice explicative.

Dès que le diagnostic est assuré, le traitement iodo-ioduré général et local doit être commencé le plus tôt possible et systématiquement poursuivi : ingestion de 4 grammes d'iodure de potassium, pansement des lésions à l'eau iodo-iodurée et cautérisation des ulcérations à la teinture d'iode ; continuation du traitement ioduré un mois après la guérison apparente complète de toutes les lésions. Ce traitement dont j'ai donné tous les détails dans le *Journal des Praticiens*, 1911, nos 19 et 23 (p. 289 et 353) est l'un des plus simples et des plus économiques que l'on connaisse. Il amène une guérison rapide et rassure les malades sur leur avenir ; il peut servir d'épreuve diagnostique de même que le traitement d'épreuve mercuriel dans la syphilis.

CHAPITRE XXIV

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS LATENTE MÉCONNUE OU NIÉE

Les cas ne sont pas rares où un client vient demander un « diagnostic de non-syphilis ».

Tantôt il s'agit d'un malade nerveux effrayé par la maladie d'un ami, ou suggestionné par la lecture de livres médicaux (les étudiants en médecine sont souvent syphilophobes).

Tantôt le demandeur est un phobique, qui toute sa vie a craint la syphilis, qui à la moindre rougeur croit avoir un chancre.

Tantôt c'est un scrupuleux, qui au moment d'un mariage, veut avoir toute sécurité.

Tantôt c'est un malade atteint d'une dermatose non syphilitique (eczéma, psoriasis, lupus, pelade) qui est accusé d'être contagieux par ses camarades d'atelier, par ses patrons.

Tantôt c'est une nourrice qui veut être placée, ou au contraire, ce sont des parents qui désirent un certificat pour mettre leur enfant en nourrice, etc., etc.

En dehors de ces deux derniers cas déjà examinés au chapitre Syphilis et mariage (v. p. 387 et 389) la conduite est toujours la même :

— Pratiquer un examen clinique complet, scruter tout le tégument, toutes les muqueuses, tous les viscères (reflexes);

— Faire la séro-réaction;

— En cas de doute de lésion nerveuse, pratiquér la ponction lombaire;

— Demander des renseignements au médecin qui a traité autrefois le malade;

— Examiner si possible les parents, femme, enfants, frères, sœurs;

En cas de doute, Milian recommande de tenter la réactivation de la séro-réaction par un traitement arsenical.

Autant que possible, on ne se contentera pas d'un seul examen, car le malade a pu se « faire blanchir » par un traitement récent. On exigera une surveillance périodique et une nouvelle séro-réaction trois mois plus tard.

Si le malade réclame un certificat, il faudra le rédiger avec grande prudence, par exemple :

Je soussigné, Dr... certifie, après avoir examiné M. X. (et ses enfants), après avoir fait la séro-réaction de Wassermann, ne constater à l'heure actuelle aucun signe d'affection contagieuse. (Donné à titre de renseignement médical à la demande de M... se disant tel et remis à lui-même.)

CHAPITRE XXV

CONCLUSION ; NÉCESSITÉ DE LA SURVEILLANCE PÉRIODIQUE DES SYPHILITIQUES

RESPONSABILITÉ ET ROLE DU MÉDECIN DANS LE TRAITEMENT DES SYPHILITIQUES

C'est sur cette notion capitale de la nécessité de penser toujours à la syphilis, de surveiller périodiquement et de traiter longuement les syphilitiques que nous voudrions terminer ce manuel.

Il faut penser toujours à la syphilis, mais il faut s'entourer dans ce diagnostic de toutes les garanties, afin d'une part de ne pas laisser échapper une affection syphilitique curable, afin d'autre part de ne pas « condamner un innocent à la syphilis ». Au moindre doute clinique, il faut recourir aux épreuves bactériologiques surtout à la réaction de Wassermann, en la répétant si besoin, et lorsqu'on a hésité, il faut n'abandonner l'hypothèse de syphilis qu'en toute certitude (v. p. 21).

Lorsque le diagnostic est posé, lorsque le médecin a su le révéler (v. p. 23), il doit imposer au malade une hygiène (v. p. 41) et un traitement immédiat qu'il

graduera suivant chaque cas (v. p. 136). Mais ce qu'il faut surtout obtenir, c'est que le malade continue de se faire surveiller et traiter après la disparition des accidents Le médecin est le seul juge de la conduite du traitement : il exigera un traitement périodique plus ou moins sévère pendant 4 ans au moins après le chancre ou la dernière explosion de syphilis; il renforcera ou adoucira les rigueurs de cette règle, suivant les examens périodiques cliniques et sérologiques (v. p. 208, Traitement de la syphilis secondaire latente), car il faut se débarrasser des « équations » thérapeutiques identiques pour tous les malades.

Lorsque les premières années de la syphilis se sont écoulées, le médecin doit encore conseiller la surveillance périodique clinique bisannuelle et sérologique annuelle, afin de dépister dès leur début des lésions viscérales même latentes, des affections nerveuses commençantes. Il doit faire comprendre au malade tout l'intérêt de cette surveillance même en l'absence *apparente* de tout symptôme (v. p. 293 et 329). Il n'hésitera pas à refaire un traitement de sûreté entre la 6e et la 15e année, s'il a l'intuition d'une menace de localisation nerveuse, car c'est la période où les terribles parasyphilis nerveuses tabes et P. G. P. sont les plus fréquentes (v. p. 292).

Lorsque les quinze premières années se sont passées sans danger, ou tout au moins sans dommage, le médecin demandera encore un examen périodiquement annuel clinique et sérologique; il surveillera avec autant de soin que par le passé tout le tégument cutanéo-muqueux, tous les viscères de son malade : système nerveux, rein, aorte, artères. Il n'oubliera pas surtout de rechercher les leucoplasies linguales, utérines (au spéculum), afin de les

détruire au moment dangereux, réalisant ainsi une véritable prophylaxie du cancer (v. p. 332).

L'ancien syphilitique ne doit se marier qu'avec l'autorisation médicale (v. p. 362). Marié, il doit suivre un véritable code sanitaire qu'il appartiendra au médecin de faire comprendre (v. p. 363); les grossesses devront être traitées préventivement et les enfants surveillés (v. p. 375) : c'est dire que pendant toute sa vie familiale, le syphilitique a besoin de la tutelle médicale.

En un mot, toute sa vie, le syphilitique doit suivre une hygiène et toute sa vie il doit être surveillé périodiquement par son médecin : un examen clinique et sérologique annuel systématique, en dehors de tout symptôme, suffit pratiquement; mais au moindre trouble le malade doit consulter et, s'il voit un médecin inconnu, lui révéler sa syphilis ancienne.

On voit donc qu'ici, plus encore que pour d'autres maladies, le rôle du médecin apparaît dans toute sa grandeur morale et sociale. C'est surtout à propos de la syphilis qu'il faut souhaiter le retour à la vieille et saine tradition du « médecin de famille », ce confident de toutes les infortunes, qui suit ses malades pendant de longues années de génération en génération et qui sait se souvenir de tel antécédent des parents pour le traitement de la maladie d'un enfant. Plus encore dans la syphilis que dans le traitement d'autres maladies, le médecin doit devenir l'ami de son malade pour lui révéler le terrible diagnostic, pour rassurer un déprimé ou au contraire pour sermonner un imprudent, pour guider le malade à chaque acte de sa vie familiale, pour le persuader de la nécessité et de l'importance de la surveillance médicale périodique.

Le traitement de la syphilis est si complexe, que le praticien ne doit rien négliger des connaissances récentes en syphiligraghie. La surveillance des syphilitiques est si chargée en responsabilités familiales et sociales, que le médecin doit s'attacher au traitement des syphilitiques avec tout le dévouement qu'il sait mettre au profit de ses malades[1].

1. Le médecin a encore d'autres devoirs. Il doit être l'apôtre inlassable de la prophylaxie antisyphilitique et l'éducateur du public en matière de syphilis. Il doit surtout insister sur la prophylaxie morale : renforcement de l'idée de famille, mariage à un âge plus jeune, etc. (voir Gaucher et Gougerot, *Rapport au Congrès de Londres 1913*, *in Annales des maladies vénériennes 1913*, n° 8, p. 561), c'est en effet le médecin qui a la confiance des familles et qui est le mieux placé pour « oser » parler de la syphilis.

INDEX ALPHABÉTIQUE

Abcès chauds, 228.
Accidents dus au 606, 120.
— du traitement mercuriel, 71.
Achondroplasie, 353.
Acné pilaire cicatriciel, 238.
Acromégalie, 281.
Adénites, 354.
— gommeuses, 264.
— hypertrophiques, 264.
Adénopathie régionale, 2.
— « syphilo strumeuse», 167.
— trachéo-bronchique, 274.
Affections viscérales syphilitiques, 258.
Aines, 429.
Aisselles, 410.
Albuminurie simple, 285.
Alopécie syphilitique, 177.
Amaurose, 317.
Amblyopie, 317, 322.
Amygdales, 420.
Amyotrophies, 251.
Anémie, 176, 263.
— pernicieuse, 263.
Anesthésie du col de la vessie, 317.
— à topographie radiculaire, 320.
Anévrysmes, 355.
— aortique, 261.
Anévrysme syphilitique, 259.
Angine de poitrine, 260, 355.
Antipyrides, 172.
Anus, 428.
Aortite, 355.
— diffuse, 260.
— subaiguë, 260.
Appareil digestif, 354.
— respiratoire, 355.
Appendicite chronique, 275.
Arrhénal, 78.
Arsénobenzol, 83.
Artérite cérébrale, 300.
— ectasiante, 259.
— syphilitique, 259.
— syphilitique, périphérique, sténosante, 259.
Arthralgies, 245.
Arthritisme, 317.
Arthropathies, 318.
Arthropathie syphilitique, 249.
Articulations, 353.
Athétose, 353.
Atrophies musculaires, 319.
Atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchenne, 313.

Bacille de Ducrey, 148.
Bains sulfureux, 55.
Bec-de-lièvre, 353.
Bouche, 418.

Bourses, 423.
Bromides, 240.
Bronchite localisée unilatérale, 270.
Broncho-pneumonie, 272.
Bubon, 1.

Cachexie, 453.
— fœtale, 348.
— pseudo-cancéreuse, 275.
Cacodylate de soude, 78.
Calomel, 52, 64.
Cancers, 229, 267, 332, 456.
Cancer de l'estomac, 275.
— de l'utérus, 284, 285.
— vérolique de la mamelle, 285.
Carcicome prosto-pelvien, 282.
Cécité, 322.
Céphalées, 175, 353.
Céphalée syphilitique, 299.
Certificats, 371.
Chancre, 1.
— croûteux ecthymateux, 143.
— cyanotique, 145.
— diphtéroïde, 144.
— galeux, 154.
— gangréneux, 144.
— hypertrophique, 144.
— impétigineux, 143.
— induré, 1.
— mixte, 148.
— mou, 147.
— nain, 145.
— papulo-érosif, 142.
— papulo-érosif à surface diphtéroïde, 145.
— pétéchial, 145.
— phagédénique, 336.
— pseudo-membraneux, 144.
— redux, 264.
— scabieux, 154.
— syphilitique, 140.
— syphilitique vaccinal, 401.
— térébrant, 165.
Chancres ulcéreux, 143.
Chloro-anémie, 263.
Chlorose, 263.
Cicatrice gommeuse, 225.
— pigmentée, 235.
— post-paluleuse, 203.
Cirrhoses, 275.
Cirrhose atrophique, 278.
— hypertrophique, 277.
— biliaire d'Hanot, 277.
Claudication intermittente de la moelle, 314.
Cœur, 355.
Collerette de Biett, 187.
Collier de Vénus, 179.
Complications du chancre 163.
Consomption, 339.
Contagion, 2, 42.
Contre-indications du 606, 90.
Cou, 411.
Coxalgie, 353.
Craniotabes, 353.
Crise congestive nitritoïde, 121.
Croup diphtérique, 355.
Cuir chevelu, 421.
Cystite, 282.

Dégénérescence amyloïde, 289.
Diabète maigre, 279.
— syphilitique, 289.
Diagnostic bactériologique (chancre), 151, 431.
— différentiel (des chancres), 146.
— clinique (chancres), 150.
Diagnostics régionaux, 399.
Diarrhée chronique, 275
Dilatation atonique de l'estomac, 275.
Diplopie, 317-322.
Divorce et syphilis, 389.
Doigts, 405.
Domestiques syphilitiques, 35.
Dyspepsie pancréatique, 279.

Eaux sulfureuses, 55.
Ecchymoses spontanées, 319.
Echtyma staphylococcique et streptococcique, 191.
Ectopies, 353.
Eczémas, 172.
— seborrhéïques, 172.
Eczéma sec, 403.
Efficacité du 606, 132.
Elconyxis, 408.
Emphysème, 273.
Employés syphilitiques, 36.
Encéphale, 353.
Encéphalites hypertrophiques, 353.
Endocardites latentes du revêtement ventriculaire, 262.
— mitrales, 262.
Enésol, 80.
Entérite grave, 275.
Epididymite, 282.
Epilepsie, 305, 353.
Epithélioma, 155, 417.
Erosion traumatique, 153.
Eruption zostériforme, 319.
Erythèmes, 73.
Erythème circiné tertiaire, 241.
— saisonnier, 172.
— toxi-infectieux, 172.
Excision du chancre, 162.

Fibromes de l'utérus, 284.
Fièvre typhoïde, 339.
Foie ficélé, 277.
— scléro-gommeux, 277.
Fractures spontanées, 319.
Fréquence de la syphilis, 11.
Frictions mercurielles, 65.

Galyl, 84.
Gangrènes, 429.
Gangrène blanche diphtéroïde, 165.
— localisée, 164.
— pulmonaire, 272.
Gastrites chroniques, 274.
Gencives, 419.
Gland, 421.
Goitre aigu syphilitique, 280.
— exophtalmique, 280.
Gommes du rein, 287.
— sous-cutanées, 222.
— sous-muqueuses, 222.
Grossesse, 343-375.
— et syphilis, 30.

Hectine, 79.
Hémianopsie temporale, 322.
Hémiplégies, 302.
Hémiplégie infantile, 353.
— syphilitique, 302.
Hémoglobinurie paroxystique 355.
— paroxystique à frigore, 263.
Hémorragies méningées, 353.
Hépatites secondaires, 277.
— tertiaires, 277.
Hépato-néphrites, 289.
Hérédo-syphilis, 341.
— dystrophique, 355.
— précoce, 349.
— tardive, 351.
Herpès, 154, 323.
Huile grise, 52.
Hydarthroses, 246.
Hydrocèle, 284.
Hydrocéphalie, 353.
Hygiène, 42.
— de la bouche et des dents du S., 54.
Hypotonie musculaire, 320.
Hystérie syphilitique, 300, 306.

Ictère grave, 277.
Ictères hémolytiques congénitaux, 264.
— infectieux bénin, 277.
Idiosyncrasie, 53.
Idiotie, 353.
Impétigo streptococcique, 195.

Importance du diagnostic de syphilis, 11.
Impuissance, 318.
Indications du 606, 85.
Infantilisme, 353.
Infiltrations œdémateuses, 265.
Ingestion de H. G., 68.
Injections de calomel, 64.
— de 606, 92.
— de 606 et 914 associées aux injections mercurielles, 159.
— intra-musculaires, 56,
— intra-veineuses, 60.
— intra-veineuses de 606, 99, 106.
— locales de 606, 914, 1151, 1116 en suspension huileuse, 115.
— rectales de 606, 114.
— sous-cutanées de sels mercuriels solubles, 157.
Inoculation de la syphilis, 139.
Insomnie, 301.
Instructions générales à donner au syphilitique, 41.
Insuffisance aortique, 260.
Intolérance au 606, 98.
Iodures, 74.
Iodurides, 239.
Iritis, 325.

Kératite, 352.
— interstitielle, 325.
— neuro-paralytique, 323.
Kyste osseux, 353.

Labyrintites, 325.
Langue, 414.
Laryngites syphilitiques secondaires, 265.
Larynx (Syphilis du), 265.
Lèpre, 453.
Lésions cutanéo-muqueuses tertiaires, 222.
Leucomélanodermie du cou, 178.
Leucoplasies, 267, 354.
— du col de l'utérus, 284.
Lèvre, 413, 414.
Lichen inconscrit, 319.
— plan de Wilson, 179.
— syphilitique, 196.
Linite plastique, 275.
Lupus tuberculeux, 236.
Luxation congénitale de la hanche, 353.
Lymphangite de la verge, 264.
— syphilitique, 264.

Mains, 401.
Mal de Pott, 353.
— perforant plantaire, 318.
Maladie de Little, 354.
Malades incrédules, 38.
— indociles, 70.
Maladie d'Addison, 280.
— de Hogson, 260.
Malaria, 453.
Mariage, 362.
— des syphilitiques, 25.
Méat urinaire, 423, 428.
Membres, 400.
Méningites, 301.
— aiguës, 299, 353.
— chroniques, 313, 353.
— subaiguës, 353.
— syphilitiques, 299.
Méningo-encéphalite, 353.
— myélite, 311.
Menorragies, 284.
Menton, 413.
Mercure, 48.
Métrorragies, 284.
Micropolyadénopathie, 175.
Migraines. 353.
Moelle, 354.
Morts par 606 et 914, 128.
Morve, 457.
Muqueuses, 354.
Muscles, 354.
Myalgies localisées, 250.

Mydriase, 322.
Myélite, 354.
— aiguë, 311.
— chronique, 312.
— subaiguë, 312.
Myocardite arythmique, 353.
Myocardite gommeuse, 261.
— scléreuse, 261.
— sclero-gommeuse, 261.
Myosite intestitielle diffuse, 250.
— sclero-gommeuse, 251.
Myxœdème, 280, 355.

Nanisme, 353.
Narines, 412.
Néphrite aiguë, 286.
Néphrite scléreuse atrophique lente, 287.
— syphilitique, 91.
Nerf auditif, 325.
— facial, 324.
— oculo-moteurs, 322.
— optique, 922.
— trijumeau, 323.
Neurasthénie, 318.
— syphilitique, 300, 306.
Névralgies, 323.
— du trijumeau, 317.
— réflexes, 324.
— syphilitiques, 300.
Névrites craniennes, 322.
— optiques, 317.
— rachidiennes, 325.
Nez, 412.
Nourrice syphilitique, 386.
Nuque, 421.

Œdème de la glotte, 265, 267.
Ongles, 406, 407.
Onyxis, 408.
Orchite aiguë, 282
— diffuse, 282.
Orteils, 405.
Os, 353.
Ostéites, 244.
Ostéo - chondro - arthropathies 246.
Ouvriers syphilitiques, 36.

Pachy-méningite cervicale, 313.
Pachyonyxis, 408.
Pancréatite, 279.
Papules, 205.
Paralysies, 302.
— d'Erb, 312.
— des cordes vocales, 267, 265.
— générale, 307.
— générale infantile, 356.
Paraphimosis, 426.
Parasyphilis, 7.
Parésie vésicale, 317.
Paume des mains, 401.
Paupières, 413.
Peau, 354.
Pemphigus syphilitique palmo-plantaire, 348.
Péricardites, 262.
Périchondrites, 267.
Périgastrite fibreuse, 275.
Périhépatite, 279.
Périonyxis, 406.
Périostites, 243.
Péripleurésie syphilitique, 273.
Périsynovite gommeuse, 247.
Phagédénisme gangréneux, 165.
— génital, 429.
— rouge, 165.
— térébrant, 235.
Pharynx, 420.
Phimosis, 2, 424.
Phlébite secondaire, 262.
— tertiaire, 263.
Phtisie galopante syphilitique, 272.
— vérolique, 270.
Pian, 453.
Pieds, 401.
Pied bot, 353.
Pityriasis versicolor, 172.
Plantes des pieds, 401.

Plaques muqueuses, 3, 173, 265.
— — érosives, 174.
— — papuleuses, 174.
— — ulcéreuses, 174.
Pleurésies syphilitiques secondaires, 273.
— tertiaires, 274.
Pneumonie caséuse, 272.
Polyadénopathie, 3.
Polyartrite, 353.
Polydactylie, 353.
Polymorphisme des lésions syphilitiques, 12.
Polyviscérites, 289.
Porencéphalie, 353.
Pouls lent permanent, 262, 355.
Préparations des solutions aqueuses de 606 et 914, 99.
Prépuce, 421.
Prostatite, 282.
Prurit, 319.
Pseudo-paralysie de Parrot, 353.
— rhumatisme chronique, 246.
Psoriasis, 199, 453.
— palmo plantaire, 403.
Psychoses syphilitiques, 306.
Ptosis, 317, 322.
Pubis, 423.
Purpuras, 263.

Rachitisme, 353.
Radiculite, 325.
Radiculites syphilitiques, 315.
Réaction de Wassermann, 432.
Récidives, 4.
Rein, 355.
Responsabilité civile et pénale, 394.
Rétrécissement aortique, 260.
— de l'œsophage, 274.
— du col de l'utérus, 284.
— rectal, 276.
Révélation du diagnostic de syphilis, 16.
Rhumatisme, 317.
Rhumatisme chronique, 353.
Roséole, 3, 170.
— de retour, 186.
— résineuse, 173.
— simple, 172.
Rougeole, 172.

Salicylarsinate de mercure, 80
Salpingo-ovarites, 285.
Salvarsan, 83.
Sciatique, 325.
Sclérose atrophique, 353.
— cérébrale diffuse, 353.
— cicatricielle, 267.
— combinées, 313.
— en plaques, 313.
Sclérose latérale amyotrophique, 313.
— pulmonaire, 273.
— utérine, 284.
Secret professionnel, 17.
Sein, 410.
Séro-réaction, 442.
Signe d'Argyll Robertson, 320.
— de Biernacki, 320.
— de Romberg, 320.
— de Westphal, 320.
Société de secours mutuels et syphilis, 38.
Sourcils, 413.
Spina-ventosa, 353.
Splénomégalie, 279.
Sporotrichose, 227, 457.
Stabisme, 352.
Sténoses cicatricielles, 267.
— pyloriques, 275.
Stomatites, 71-72.
— avec ptyalisme, 71.
Strabisme, 317, 322.
Surdité, 317.
Surrénalite, 280.
Sycosis, 238.
Syndactilie, 353.
Syndrome de Guillain-Thaon, 313.
— de Stokes Adam, 262.

Syndromes pluri-glandulaires, 281.
Synovites, 246.
Syphilides arciformes, 233.
— cicatricielles, 203.
— en cocardes, 233.
— dermiques cutanées, 232.
— framboesoïdes, 189.
— impétigineuses, 195.
— lichenoïdes, 197.
— lupiformes, 354.
— muqueuses tertiaires, 232.
— noires, 202.
— orbiculaires, 233.
— palmo-plantaires, 403.
— papillomateuses 189.
— papuleuses, 186, 400.
— papuleuses géantes, 187.
— papuleuses en nappe, 187.
— papuleuses nummulaires, 187.
— papulo-cornées, 189.
— papulo-croûteuses, 190.
— papulo-érosives, 189.
— papulo-granuleuses, 196.
— papulo-hémorragique, 202.
— papuleuses-miliaires, 196.
— papuleuses ponctuées, 198.
— papulo-pustuleuses echtymatiformé, 190.
— papulo-pustuleuses acnéiforme, 192.
— papulo-squameuses lenticulaires, 186.
— papulo-squameuses psoriasiforme, 198.
— papulo-ulcéreuses, 193.
— papulo-vésiculeuses, 194.
— papulo-vésiculeuses herpétiformes, 194.
— pemphigoïdes bulleuses, 196.
— pigmentaires, 202.
— purpuriques, 202.
— racémiformes, 233.
— secondaires récidivantes, 182.
Syphilides tertiaires tubéreuses éparses, 233.
— tuberculeuses, 188.
— tubéreuses, 188-236.
— tubéreuses en nappes, 234.
— tubéro-croûteuses acnéiformes, 238.
— tubéro-hypertrophiques, 235.
— tubéro-ulcéreuses, 234.
— papulo-végétantes, 189.
— verruqueuses, 189.
— vésiculo-eczémateuses, 195.
Syphylis ancienne latente, 329.
— de l'appareil locomoteur, 243.
— de l'appendice, 275.
— des articulations, 245.
— auriculaires, 328.
— cachectisante, 177.
— du canal déférent, 284.
— cérébro-méningée, 298.
— cérébro-spinale, 313.
— du colon, 275.
— du colon sigmoïde, 276.
— consomptive, 177.
— du corps caverneux, 282.
— du corps thyroïde, 280.
— et divorce, 389.
— de l'épididyme, 282.
— de l'estomac, 274.
— d'évolution atypique, 8.
— du faisceau de His, 262.
— familiale, 17.
— du foie, 277.
— des ganglions lymphatiques, 264.
— des glandes salivaires, 280.
— des glandes surrènales, 280.
— de l'hypophyse, 281.
— de l'intestin, 275.
— latente, 467.
— latente ancienne, 7.
— maligne, 336.
— maligne précoce généralisée, 8-338.

Syphilis maligne secondaire localisée, 9.
— des mamelles, 285.
— et mariage, 25, 43, 362.
— et médecins, 39.
— du médiastin, 274.
— médulaires, 311.
— mortelle du fœtus, 347.
— des muscles, 250.
— des nerfs craniens, 321.
— des nerfs périphériques, 321.
— nerveuses, 292.
— nigricantes, 202.
— du nouveau-né, 348.
— oculaire, 325.
— de l'œsophage, 274.
— des os, 243.
— des ovaires, 285.
— du pancréas, 279.
— de la plèvre, 273.
— du poumon, 270.
— primaire, 1, 139.
— de la prostate, 282.
— quaternaires, 7.
— de la rate, 279.
— du rectum, 276.
— des reins, 285.
— scléreuse, 271.
— secondaire, 3, 168.
— — bénigne, 4.
— — grave, 4.
— — latente, 6, 207.
— — récidivante, 4.
— superficielle bénigne, 241.
— tertiaire, 6, 217.
— — laryngée, 266.
— des testicules, 282.
— des trompes, 285.
— tubéro-gangreneuse, 235.
— de l'urèthre, 281.
— de l'utérus, 284.
— des vaisseaux lymphatiques, 264.
— viscérales, 253.
Tabes, 316, 319, 320, 323.
— juvénile, 354.
Tachycardie paroxystique, 262
Testament médical, 44.
Testicules, 353.
Thorax, 411.
Trachéo-bronchite secondaire, 267 ; tertiaire, 268.
Traitements abortifs des chancres, 156.
— des accidents mercuriels, 71.
— des gommes, 230.
— dissimulés, 70.
— locaux mercuriels et arsénicaux, 134.
— mercuriel, 48.
— pruri-mercuriel, 69.
— de la syphilis secondaire, 180.
— de la syphilis secondaire latente, 208.
Treponème, 436.
Tronc, 408.
Troubles trophiques, 355.
Trypanosomiase, 453.
Tuberculose, 229, 453, 456.
Tumeur blanche du genou, 353
— cérébrale, 306.
— syphilitique, 246.
— tuberculeuse, 249.
Typhose syphilitique, 177.
Ulcères de l'estomac, 275.
Ulcère gommeux, 224.
Ulcères variqueux, 228.
Ultra-microscope, 439.
Vaccine ulcéreuse, 401.
Vaisseaux, 355.
Verge, 423.
Vertige de Ménière, 325.
Vessie, 282.
Visage, 411.
Voile du palais, 419.
Vulve, 426.
Wassermann (réaction), 152.
Yeux, 352.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER

La Syphilis. 1

Définition. — Son polymorphisme et son évolution, ses récidives lointaines. 1

1° Syphilis primaire, le chancre et son bubon 1
2° Syphilis secondaire. 3
3° Syphilis tertiaire. 6
4° Parasyphilis (syphilis quaternaires) 7

CHAPITRE II

Importance du diagnostic de la syphilis. 11

Fréquence de la syphilis. — Gravité du pronostic des syphilis non traitées. — Conséquences individuelles, familiales et sociales. — Heureux effets du traitement surveillé 11

CHAPITRE III

Révélation du diagnostic de la syphilis 16

1° Syphilis et secret professionnel. 17
2° Prudence dans l'affirmation du diagnostic de la syphilis. 21
3° Nécessité, sauf les exceptions familiales, de révéler au malade le diagnostic de la syphilis. 22
4° Manière de révéler le diagnostic 23

5° Conduite à tenir en présence de syphilitiques mariés 25
6° Conduite à tenir en présence de jeunes gens syphilitiques. 32
7° Syphilis des domestiques 35
8° Syphilis des employés et des ouvriers 36
9° Syphilis et société de secours mutuel 38
10° Syphilis et médecins 39

CHAPITRE IV

nstructions générales à donner au syphilitique dès que le diagnostic est posé. 41

CHAPITRE V

Traitement mercuriel de la syphilis. 46
Méthodes classiques du traitement de la syphilis . . 46
I. — Traitement mercuriel. 48
Précautions que doit prendre le médecin avant tout traitement mercuriel. 50
Précautions et soins que devra prendre le malade pendant le traitement. 53
Techniques 56
1° Injections intra-musculaires ou mieux sous-cutanées de sels solubles. 56
2° Injections intra-veineuses 60
3° Injections de calomel. 64
4° Frictions mercurielles. 65
5° Traitement par ingestion 67
6° Assaut pluri-mercuriel 69
Traitements dissimulés. — Malades indociles 70
Accidents du traitement mercuriel : leur traitement prophylactique et curatif 71
II. — Iodures 74
Indications 74
Contre-indications 75
Technique. 75

III. — Arsenicaux associés au traitement mercuriel ; cacodylate et arrhénal, hectine et hectargyre, salicylarsinate de mercure 78
1° Cacodylate de soude et arrhénal 78
2° Hectine 79
3° Salicylarsinate de mercure 80

CHAPITRE VI

Traitements nouveaux de la syphilis par les préparations de 606 et 914 d'Ehrlich 1116 et 1151 de Mouneyrat . . 82
Les médicaments 83
Indications 85
Contre-indications 90
Choix de la méthode d'injection 92
Choix des doses 95
Surveillance du malade. Signes d'intolérance 97
Technique des injections intra-veineuses 96
A. — Préparation des solutions aqueuses diluées de 606 ou 914 99
Préparation des solutions de 606 ou 914 100
Préparation des solutions diluées de 1151 et 1116 . . 101
Préparation de l'appareil injecteur 101
B. — Préparation de la solution aqueuse concentrée de 914 105
C. — Préparation du malade 105
D. — Injection 106
E. — Soins consécutifs 113
F. — Réaction après l'injection 113
Injection rectale 114
Injections locales de 606-914-1151-1116 et suspension huileuse 115
Accidents 120
Les morts par 606 et 914 128
Efficacité. Les récidives 132

Traitement locaux, mercuriels et arsenicaux, adjuvants 134
Conclusions. 136

CHAPITRE VII

Syphilis primaire. Diagnostic et traitement des chancres syphilitiques. 138
Caractères généraux des chancres syphilitiques. . . 140
Formes cliniques. 142
1° Chancre papulo-érosif. 142
2° Chancre croûteux ecthymateux 143
3° Chancre ulcéreux 143
4° Chancre pseudo-membraneux. 144
5° Chancre gangreneux 144
6° Chancre hypertrophique. 144
7° Chancres nains 145
8° Chancre pétéchial ou cyanotique 145
Diagnostic différentiel 146
Chancre mou 147
Chancres mixtes. Diagnostic bactériologique. . . . 148
Erosion traumatique. 153
Herpès 154
Chancre scabieux ou galeux 154
Epithélioma 155
Traitement du chancre : Traitements « abortifs» . . . 156
1° Injections sous-cutanées de sels mercuriels solubles. 156
2° Injections de 606 ou de 914 associés aux injections mercurielles. 159
3° Injections intra-fessières de benzoate de mercure associées à des injections locales d'hectine. 161
Complications du chancre et leur traitement. . . . 163
Pronostic du chancre. 167

CHAPITRE VIII

Le début de la syphilis secondaire. 168
L'explosion secondaire. 168

Symptômes et diagnostic des accidents secondaires du début 170
1° Roséole 170
2° Plaques muqueuses. 173
3° Micropolyadénopathie 175
4° Céphalée. 175
5° Troubles généraux. 176
6° Alopécie en clairières. 177
7° Leucomélanodermie du cou 178
Traitement 180

CHAPITRE IX

Syphilides secondaires récidivantes. 183
1° Roséole de retour. 186
2° Syphilides papuleuses et papulo-squameuses lenticulaires. 186
3° Syphilides papuleuses nummulaires ou à grandes papules 187
4° Syphilides papuleuses en nappe. 187
5° Syphilides tuberculeuses. 188
6° Syphilides papulo-cornées 189
7° Syphilides papulo-érosives 189
8° Syphilides papulo-végétantes. 189
9° Syphilides papulo-croûteuses. 190
10° Syphilides papulo-pustuleuses ecthymatiformes, rupioïdes 190
11° Syphilides papulo-pustuleuses acnéiformes. . . 192
12° Syphilides papulo-ulcéreuses 193
13° Syphilides papulo-vésiculeuses ou papulo-pustuleuses vacciniforme, varioliforme, varicelliforme. 194
14° Syphilides papulo-vésiculeuses herpétiformes. . 194
15° Syphilides vésiculo-eczémateuses 195
16° Syphilide impétigineuse 195
17° Syphilides pemphigoïdes bulleuses 196
18° Syphilides papulo-granuleuses. 196
19° Syphilides papuleuses ponctuées. 198
20° Syphilides papulo-squameuses psoriasiformes. . 198
21° Syphilides purpurique et papulo-hémorragique. 202

22° Syphilides pigmentaires 201
23° Syphilides nigricantes et syphilides noires. . . 202
24° Syphilides cicatricielles, cicatrices post-papuleuse 203
Traitement 205

CHAPITRE X

Syphilis secondaire latente 207

CHAPITRE XI

Syphilis tertiaire 217

CHAPITRE XII

Lésions cutanéo-muqueuses tertiaires. 222
I. Gommes sous-cutanées et sous-muqueuses. 222
Symptomatologie. 223
Diagnostic. 227
Traitement. 230
II. Syphilides dermiques cutanées et muqueuses, tertiaires. 232
Diagnostic 236
Traitement. 240
III. Syphilis superficielles bénignes : érythème circiné tertiaire. 241

CHAPITRE XIII

Syphilis de l'appareil locomoteur. 243
Os. 243
Articulations 245
Muscles. 250

CHAPITRE XIV

Résumé des syphilis viscérales. 252
Ce qu'il est indispensable d'en savoir 252

Fréquence, importance pratique, pronostique et thérapeutique des syphilis viscérales 253
Diagnostic 256
Indications thérapeutiques générales 257
Affections viscérales syphilitiques. Diagnostic et traitement 258
Artères 259
Aorte 260
Myocarde 261
Veine 262
Sang 263
Vaisseaux et ganglions lymphatiques 264
Larynx 265
Trachée et bronches 267
Poumons 270
Plèvres 273
Médiastin 274
Œsophage 274
Estomac 274
Intestin et côlon 275
Appendice 275
Côlon sigmoïde 276
Rectum 276
Foie 277
Rate 279
Pancréas 279
Glandes salivaires 280
Glandes surrénales 280
Corps thyroïde 280
Hypophyse 281
Syndromes pluri-glandulaires 281
Urèthre 281
Corps caverneux 282
Prostate 282
Vessie 282
Testicule et épididyme 282
Canal déférent 284
Utérus 284
Ovaires et trompes 285

Mamelles 285
Reins 285
Polyviscérites 289

CHAPITRE XV

Syphilis et Parasyphilis nerveuses 291
Fréquence et importance des syphilis nerveuses, règles de pratique 292
Prophylaxie des syphilis nerveuses, surveillance des malades 294
Syphilis cérébro-méningées 298
1° Céphalées 299
2° Insomnie 301
3° Méningites 301
4° Paralysies 302
5° Épilepsies 305
6° Syndromes de tumeur cérébrale 306
7° Neurasthénie 306
8° Hystérie 306
9° Psychoses syphilitiques 306
Paralysie générale progressive 307
Syphilis médulaire 311
Radiculites syphilitiques 315
Tabes 316
Syphilis des nerfs crâniens et périphériques 321
Névrites craniennes 322
Névrites rachidiennes 325
Syphilis oculaires 325
Syphilis auriculaires 328

CHAPITRE XVI

Surveillance et traitement de la syphilis ancienne latente. 329

CHAPITRE XVII

Syphilis et cancer 33

CHAPITRE XVIII

Syphilis d'évolution atypique, syphilis malignes 336

CHAPITRE XIX

Hérédo-syphilis 341
Les facteurs de l'hérédo-syphilis 341
Traitement préventif de l'hérédo-syphilis 343
Traitement avant et pendant la grossesse. 343
Accidents hérédo-syphilitiques et dystrophiques . . 346
1° Syphilis mortelle du fœtus. 347
2° Syphilis du nouveau-né. 348
3° Hérédo-syphilis précoce. 349
4° Hérédo-syphilis tardive. 351
5° Hérédo-syphilis dystrophique 355
Diagnostic. 356
Traitement 357
Pronostic : avenir de l'hérédo-syphilitique. 360

CHAPITRE XX

Syphilis et mariage. 362
1. La syphilis avant le mariage. Le mariage des syphilitiques : conditions à exiger. 363
Instructions à donner. 364
Code sanitaire du syphilitique marié. 365
Application de ces principes en pratique 366
2. La syphilis après le mariage. Mesures prophylactiques. 374
3. Syphilis et grossesse. Traitement de la grossesse. Surveillance de la mère et de l'enfant. Allaitement de l'enfant. 375
Application de ces principes en pratique 378
I. L'enfant issu de parents hérédo-syphilitiques ne doit être confié à une nourrice saine qu'avec la permission du médecin et par exception 378

II. La mère syphilitique, même si elle paraît guérie, même si elle a une séro-réaction négative peut nourrir son enfant hérédo-syphilitique sans danger. Il en est de même de la mère qui semble saine, mais qui a une séro-réaction positive 379

III. La mère saine peut nourrir l'enfant sain 380

IV. La mère « saine » peut-elle allaiter son enfant sans danger si cet enfant est infecté ? 380

V. L'enfant sain issu de parents syphilitiques et qui a une séro-réaction négative, ne court-il pas le danger d'être contagionné s'il est nourri par une syphilitique. 381

4° Nourrices saines allaitant un hérédo-syphilitique et nourrisson sain allaité par une syphilitique. . 382

5° Examen et certificat d'un nourrisson à confier à une nourrice 387

6° Choix d'une nourrice pour un enfant sain . . . 389

7° Syphilis et Divorce. Séparation de corps 389

CHAPITRE XXI

Responsabilité civile et pénale en manière de transmission de la syphilis 394

CHAPITRE XXII

Diagnostics régionaux. 398

Membres 400

Paumes des mains et plantes des pieds. 401

Doigts et orteils 405

Extrémité des doigts 406

Sertissure unguéale 406

Ongles 407

Tronc. 408

Aisselles. 410

Sein 410

Cou et partie antérieure du thorax 411

Visage 411

Narines. 412

Lèvre supérieure 413
Menton 413
Paupières 413
Sourcils 413
Lèvres 414
Langue 414
Bouche 418
Gencives 419
Voile du palais 419
Pharynx 420
Amygdales 420
Cuir chevelu 421
Nuque 421
Gland et prépuce 421
Méat urinaire 423
Fourreau de la verge et pubis 423
Bourses 423
Phimosis 424
Paraphimosis 426
Vulve 426
Méat urinaire 428
Anus 428
Aine 429
Gangrènes et phagédénismes génitaux 429

CHAPITRE XXIII

Diagnostic bactériologique de la syphilis 431

1° Recherche directe du tréponème syphilitique . . 436

Prélèvement du matériel et techniques 439
Interprétation des résultats 441

2° Séro-réaction de Wassermann-Neisser-Bruck . . . 442

Prélèvement du matériel 445
Techniques à exiger 447
Interprétation de la réponse du laboratoire 448

3° Addendum 456

Diagnostic de la syphilis et du cancer 456

Diagnostic de tuberculose et syphilis. 456
Diagnostic de la syphilis et de la morve 457
Diagnostic de syphilis et de sporothrichose 457
Diagnostic de la sporotrichose par culture. 461

CHAPITRE XXIV

Diagnostic de la syphilis latente méconnue ou niée. . . 467

CHAPITRE XXV

Conclusion : Nécessité de la surveillance périodique des syphilitiques. 469
Responsabilité et rôle du médecin dans le traitement des syphilitiques. 469
Index alphabétique. 473

Imprimerie de J. Dumoulin, rue des Grands-Augustins, 5. — 507.1.14

12.V.513.
Le traitement de la syphilis en1914
Countway Library AGT0358
3 2044 045 065 604

HOLZER BINDER BOSTON MASS

12.V.513.
Le traitement de la syphilis en1914
Countway Library AGT0358
3 2044 045 065 604